# Développement d'un programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de surdité professionnelle et de leur conjointe ou conjoint

## Compte rendu de l'étude

Raymond Hétu et Louise Getty

Groupe d'acoustique de l'Université de Montréal

Projet réalisé grâce à une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale et de l'appui financier de l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail

1 mai 1990

# Table des matières


**1. Problématique et objectifs**

**1. Importance du problème de la surdité professionnelle** 1

1.1.1 L'importance numérique du problème de la surdité professionnelle 1
1.1.2 Manifestations et conséquences familiales et sociales de la surdité professionnelle 2
1.1.3 Caractère insidieux de la surdité professionnelle 4
1.1.4 Les moyens d'aide disponibles 5

1.2 Nature des besoins 5

1.2.1 Besoins identifiés auprès des victimes de surdité professionnelle et de leur conjointe 5
1.2.2 Besoins identifiés auprès des intervenants-es du milieu 6

1.3 But de l'étude 7

**2. Modèle d'intervention** 8

2.1 Justification du modèle 8
2.2 Le problème et ses conséquences 8
2.3 Les facteurs précurseurs et les axes d'intervention 10

2.3.1 Les déficiences auditives 10
2.3.2 L'incompréhension de la nature du problème 11
2.3.3 La réticence à reconnaître le problème 11
2.3.4 Le manque de recours aux moyens de suppléance 12
2.3.5 Inhabileté à solutionner des problèmes 13
2.3.6 La réticence à demander de l'aide 14
2.3.7 Environnements physiques inadéquats 15
2.3.8 Attitudes et comportements défavorables 15

2.4 La programmation des interventions 16

**3. Description des interventions auprès des travailleurs et de leur famille** 19

3.1 Recrutement 19

3.1.1 Agents de recrutement 19
3.1.2 Population cible 19
3.1.3 Stratégie de recrutement 20
3.1.4 Formation des intervenants du milieu 20
3.1.5 Documents réunis pour chacun des participants 20

3.2 Description des participant-e-s 21

3.3 But et objectifs des rencontres 22

3.3.1 But de la session 22
3.3.2 Objectifs de la session 22
3.3.3 Activités privilégiées 22

3.4 Modalité de réalisation des rencontres 23

3.4.1 Déroulement 23
3.4.2 Le suivi 24
3.4.3 Rencontre de retour 24

3.5 Interventions visant le réseau des services de santé 25
3.6 Interventions visant la population en général 26

**4. Evaluation des résultats des interventions** 27

4.1 Réponses au questionnaire de désavantages psycho-sociaux associés à la surdité 27
4.2 Démarches entreprises suite à la participation aux rencontres 28
4.3 Les échanges qui ont eu lieu lors de la rencontre d'évaluation 30

4.3.1 Conscience accrue du problème d'audition 30
4.3.2 Confiance en soi accrue face au problème d'audition 31

4.4 Les dimensions du problème qui n'ont pas changé 33
4.5 Synthèse des résultats des interventions 35

**5. Evaluation du processus d'intervention** 36

5.1 La procédure de recrutement 36
5.2 L'importance d'une intervention de groupe et de son animation 37
5.3 La participation des conjointes 39
5.4 L'organisation temporelle des interventions 40

**6. Essai d'application du programme par des intervenants-es de CLSC** 42

6.1 Lieux et conditions de réalisation 42
6.2 La préparation des intervenants-es et leur supervision 42
6.3 Résultats des rencontres de supervision 43

6.3.1 Compétences à acquérir à l'égard de la transmission des informations prévues au programme 43
6.3.2 Compétences à acquérir à l'égard de l'animation du groupe 44

6.4 Conclusion 45

**7. Approfondissement de la connaissance du problème par le biais des interventions** 46

7.1 La conscience des difficultés auditives et de leurs conséquences 46
7.2 Le répertoire des difficultés auditives et de leurs conséquences 47

7.3 La description de l'expérience d'une interaction sociale, telle que vécue par le travailleur et sa conjointe 51
7.4 L'importance de l'image de soi et de la stigmatisation de la surdité 53
7.5 Les aspects socio-culturels du problème 54

7.5.1 La valeur accordée à la communication 54
7.5.2 La manière de gérer les problèmes intimes ou personnels 55
7.5.3 L'image stéréotypée de l'homme pourvoyeur 55

7.6 Synthèse de l'approfondissement de la connaissance du problème par le biais des interventions 56

**8. Conclusions** 57

Références bibliographiques 59

Appendice 1: Questionnaire de désavantages psycho-sociaux associés à la surdité professionnelle

# 1. Problématique et objectifs

La surdité professionnelle est un mal insidieux qui modifie profondément la vie des personnes qui en sont atteintes et celle de leur conjoint-e et de leur entourage. Les chercheurs, jusqu'à maintenant, ont surtout orienté leurs travaux sur les mesures physiologiques et psycho-acoustiques de la perte d'audition et vers la recherche de solutions médicales et techniques. Pourtant la surdité professionnelle entraîne de nombreuses conséquences individuelles, familiales et sociales pour lesquelles peu de solutions ont été explorées. Au Québec, il n'existe aucun programme de réadaptation accessible qui puisse venir en aide à l'ensemble des personnes atteintes qui ont besoin de moyens pour améliorer leur qualité de vie tant sur le plan familial et social que sur le plan du travail et des loisirs. Ces dimensions peu explorées sont d'une extrême importance si l'on considère que la surdité professionnelle est irréversible et qu'elle atteint actuellement au Québec au moins 100,000 personnes.

C'est pourquoi le présent projet vise à développer un programme de réadaptation accessible aux gens atteints de surdité professionnelle et à leur famille, en tenant compte des besoins de ces personnes ainsi que de ceux des intervenants-es concernés-es.

## 1.1 Importance du problème de la surdité professionnelle

### 1.1.1 L'importance numérique du problème de la surdité professionnelle

Un très grand nombre de travailleurs et de travailleuses au Québec sont atteints de surdité professionnelle. Bien que le nombre exact soit difficile à estimer, on peut à titre indicatif mentionner des chiffres qui, en soi, sont fort révélateurs.

Le récent bilan dressé par les 32 départements de santé communautaire pour les groupes prioritaires I et II définis par la CSST montre que près de 50% des travailleurs examinés ont une audition altérée à cause du bruit. [1] Dans les secteurs des mines et carrières, de transformation de métaux, de produits métalliques, de produits du bois, des forêts et scieries, on dénombre au-delà de 4 travailleurs sur 10 atteints de pertes d'audition dues au bruit. [2] Il n'est pas étonnant dans ce contexte que la surdité soit la maladie professionnelle irréversible la plus souvent indemnisée. A elle seule, elle représente plus de 40% de toutes les réclamations pour maladies professionnelles. Et pourtant, seule une infime portion de ceux qui ont une perte d'audition due au bruit bénéficie d'une indemnité.

Il y a 15 ans, on estimait que près de 60% de tous-toutes les employé-e-s du secteur manufacturier étaient exposé-e-s à des niveaux de bruit potentiellement nocifs pour l'audition.[3] La situation n'a pas substantiellement changé et les résultats du bilan diffusé par les D.S.C. indiquent que près de 55% des 162 760 employés de 5 371 établissements des groupes prioritaires I et II définis par la C.S.S.T sont en effet exposés à des doses quotidiennes de bruit dangereuses pour l'audition.[1]

### 1.1.2 Manifestations e conséquences familiales et sociales de la surdité professionnelle

Les manifestations et les conséquences de la surdité professionnelle ont déjà fait l'objet d'un très grand nombre de travaux de recherche. Cependant, les chercheurs se sont principalement penchés sur les facteurs déterminant la perturbation physiologique et sur la description et la prédiction des déficiences. [4] De plus, les incapacités auditives telles que perçues par les personnes victimes de la surdité professionnelle sont relativement bien connues.[5] Toutefois, on commence à peine à connaître les désavantages familiaux et sociaux qui en résultent. A ce chapitre le Groupe d'acoustique de l'Université de Montréal (GAUM) a fait oeuvre de pionnier.[6] Au moyen d'enquêtes par questionnaire et d'entrevues auprès de personnes victimes de surdité professionnelle et de leur conjointe, nous avons pu dresser un premier profil des désavantages que ces personnes connaissent ainsi que des moyens adoptés pour composer avec leurs incapacités.[7-10]

Avant d'aborder les conséquences familiales et sociales de la surdité professionnelle, il importe de préciser que la perturbation physiologique qui lui est liée entraîne des dysfonctions ou déficiences auditives qui seront la cause d'incapacités, c'est-à-dire de baisse de capacité d'écoute et de communication. Trois dysfonctions sont caractéristiques de la perte d'audition due au bruit:

( 1 ) Le pouvoir de détecter des sons de faible intensité est altéré en particulier en hautes fréquences. Cette déficience se traduit par une baisse de capacité à détecter certains avertisseurs sonores comme la sonnerie du téléphone, d'entendre les sons familiers de l'environnement comme le chant des oiseaux, de détecter certains sons de la parole tels que certaines consonnes ("s", "f", "ch", "v", etc.).

( 2 ) La sélectivité en fréquence est très sensiblement diminuée. Cela signifie que l'oreille ne peut traiter simultanément deux signaux sonores de fréquences voisines, le plus intense masquant l'autre. En pratique, cela se traduit par une incapacité à suivre une conversation dans un bruit de fond, en groupe, en présence du son du téléviseur ou de la radio ou du bruit du moteur d'une automobile.

( 3 ) Pour un certain nombre de personnes, la perte d'audition due au bruit s'accompagne d'une dysfonction de l'oreille faisant en sorte que des silements ou des bourdonnements sont entendus en particulier lorsque l'ambiance est calme. Ces acouphènes peuvent être permanents et causer une gêne, une irritation sinon des fortes inquiétudes en plus de perturber le sommeil.

Ces incapacités entraînent à leur tour de nombreux désavantages, c'est-à-dire des difficultés dans l'accomplissement des activités quotidiennes et dans l'exercice des rôles normalement attendus d'une personne en société. [11]

Comme l'indique la Figure 1, nos études démontrent que la surdité modifie l'interaction familiale, les activités de loisir, la participation à des groupes ou à des organisations.

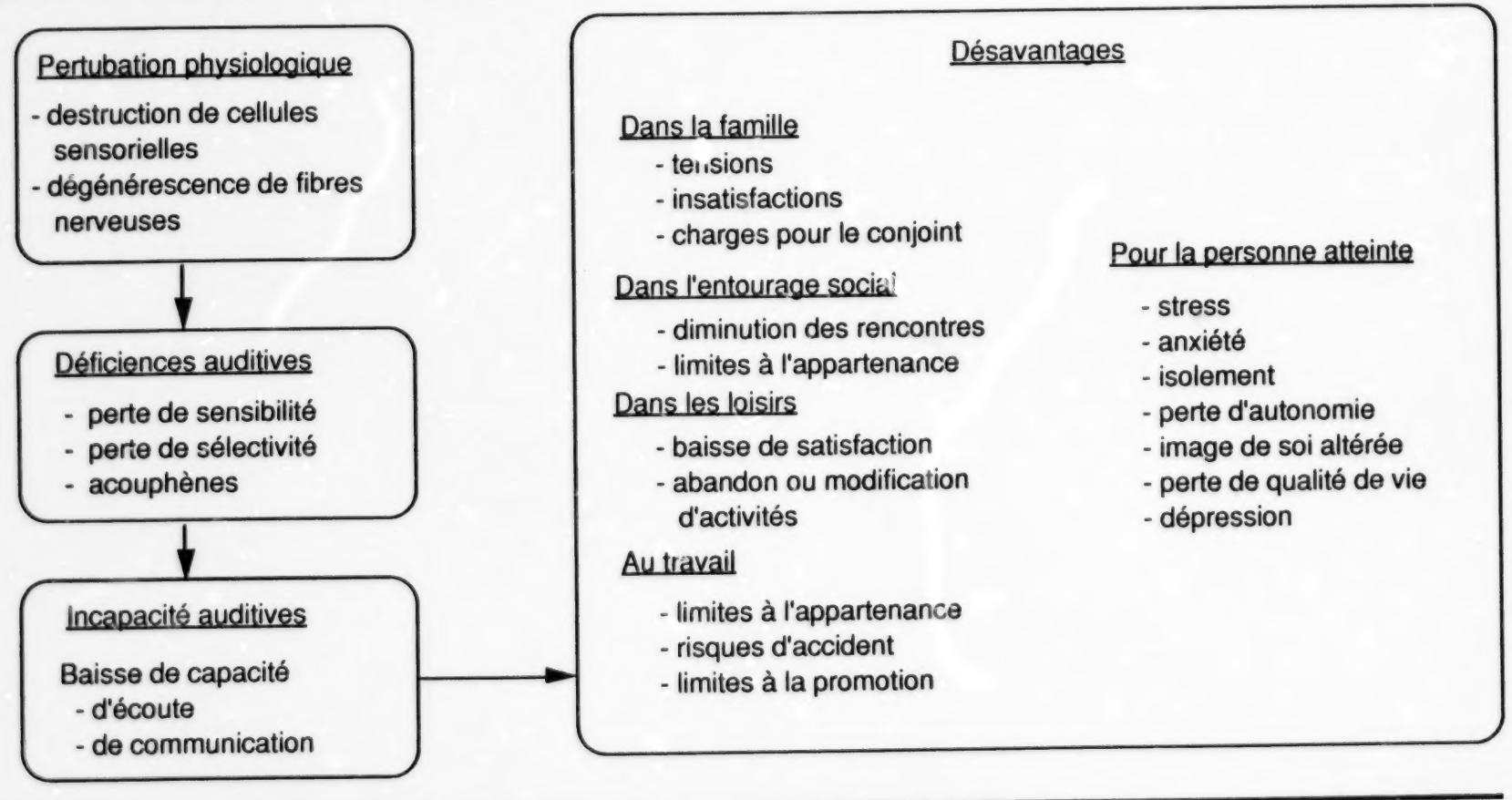


Figure 1. Schéma du handicap associé à la surdité professionnelle [7-10].

Le fait d'éprouver des difficultés à communiquer occasionne un stress et des inquiétudes de même qu'un sentiment d'être diminué et d'être socialement inadéquat. Pour minimiser de telles conséquences indésirables, les victimes de surdité professionnelle ont recours à des accomodements ou moyens pour compenser leurs incapacités ou éviter les situations incapacitantes. Nos résultats montrent que les accomodements adoptés spontanément sont peu efficaces et comportent des coûts importants soit pour la victime elle-même soit pour son entourage, et en particulier pour sa conjointe. Par exemple, le travailleur monte le volume du téléviseur pour parvenir à suivre ses émissions préférées, envahissant littéralement l'environnement sonore familial. Dans les discussions en famille ou dans les rencontres de groupe, il s'isole de manière à éviter le malaise de faire constamment répéter ou de perdre le fil de la conversation. Sa conjointe agit souvent comme intermédiaire ou comme interprète afin de lui permettre de garder le contact avec le groupe. Son retrait des activités sociales s'accentuera avec la sévérité de sa perte d'audition, créant du même coup de plus en plus d'insatisfaction de la part de sa conjointe qui voit sa propre vie sociale modifiée. A la maison, elle fait l'effort de répéter fréquemment, d'éviter de parler à distance, de tolérer la voix trop forte de son époux, de composer avec l'irritabilité de la personne mal-entendante à l'égard des bruits ambiants. Elle répond au téléphone, assure le contact avec le réseau familial et social et porte dans une certaine mesure l'anxiété et la détresse de la personne qui vit des incapacités fortement stigmatisées. L'incompréhension des incapacités et l'irritation qu'elles suscitent chez la conjointe semblent même avoir été la cause de séparations. Dans tous les cas, la surdité perturbe le fonctionnement de la famille et la vie sociale de la personne atteinte.[12]

La surdité professionnelle n'attire pas la sympathie et est souvent confondue avec une attitude exprimant le refus de communiquer.[12] Le fait d'éprouver des difficultés à participer à une conversation lorsqu'il y a un certain bruit de fond a pour conséquence d'assujettir la capacité auditive de la personne aux conditions d'écoute qui prévalent: tantôt elle comprend tout ce qui lui est dit et elle interagit adéquatement, tantôt elle fait semblant de comprendre, fait répéter ou s'isole parce qu'incapable de suivre la conversation. On dira alors: *"il/elle comprend quand il/elle veut!"*

### 1.1.3 Caractère insidieux de la surdité professionnelle

Les problèmes d'écoute et de communication associés à la surdité professionnelle, ainsi que leurs conséquences, deviennent d'autant plus difficiles et ambigüs pour les victimes et leur entourage qu'ils ne sont que très tardivement associés à la surdité. La surdité s'installe de façon insidieuse dans la vie des personnes concernées. Dès le premier jour de travail dans le bruit, la personne quitte son poste dans un état de fatigue auditive, c'est-à-dire de déficience auditive temporaire. Dans les heures qui suivent la fin du travail bruyant, elle a plus de difficultés à suivre une conversation en groupe; elle a tendance à élever le volume de la radio dans la voiture et celui du téléviseur à la maison; elle s'irrite des bruits que font ses enfants ou de la musique d'ambiance à la maison ou dans un lieu de rencontre. Elle vit ces difficultés dès le premier jour de travail dans le bruit et sans qu'elle s'en rende compte, non plus que son entourage, elle apprend à s'adapter aux conséquences d'une surdité partielle.

Après plusieurs heures de repos de l'oreille en dehors des environnements bruyants, les signes de cette surdité disparaissent de sorte que l'audition est redevenue normale au moment de retourner au travail. Avec les années, à la fatigue auditive quotidienne s'ajoutera à une perte d'audition permanente qui présente essentiellement les mêmes caractéristiques à l'exception de son caractère irréversible. Cette perte évolue elle-même de façon tellement progressive que les victimes ne s'en rendent pas compte, d'autant plus qu'elles ont déjà appris à s'adapter à un certain nombre de ses conséquences.

### 1.1.4 Les moyens d'aide disponibles

En somme, la surdité professionnelle est un mal insidieux qui finit par perturber profondément la vie d'une personne et celle de son entourage ainsi que par hypothéquer ses possibilités de participation à la vie sociale. Les moyens pour améliorer la qualité de vie de ces personnes atteintes de cette maladie irréversible sont quant à eux peu développés. Comme nous l'avons déjà précisé, les moyens adoptés spontanément par les victimes pour pallier à leurs incapacités sont généralement peu efficaces, et qui plus est, comportent en eux-mêmes de sérieux désavantages.

Le recours à des aides technologiques tel l'amplificateur pour récepteur téléphonique, les écouteurs pour le téléviseur, ou la prothèse auditive, se fait très rarement sur une base spontanée. En effet, ces types d'aide exigent d'une part que l'on soit informé de leur existence, des bénéfices que l'on pourrait en tirer, et de la façon de les utiliser; notre expérience nous montre, qu'à ce titre, très peu de gens sont suffisament et adéquatement informés. D'autre part, se procurer une aide technologique exige que l'on reconnaisse et accepte l'existence du problème et ses conséquences pour soi et son entourage. Cette démarche présuppose donc de comprendre la nature complexe de ses incapacités et la possibilité de composer avec une image de soi négativement affectée par ces dernières.

Ces aides technologiques peuvent être d'un grand secours. Toutefois celui-ci est limité par les circonstances dans lesquelles elles sont utilisées. Elles ne peuvent à elles seules régler tous les problèmes de communication que nous avons déjà mentionnés.

Le support nécessaire à la compréhension et à l'acceptation d'un problème de surdité, le développement de stratégies de communication en situation d'écoute difficile, l'intervention auprès des conjoints-es, le développement de réseaux d'entraide sont autant de moyens à envisager dans la recherche de solutions aux conséquences familiales et sociales qu'entraîne la surdité professionnelle.

De tels moyens doivent s'inscrire dans un véritable programme de réadaptation accessible à la totalité des victimes de surdité professionnelle sur l'ensemble du territoire québécois.

## 1.2 Nature des besoins

Les besoins de développer au Québec un programme de réadaptation pour les personnes victimes de surdité professionnelle ont été identifiés auprès des deux parties impliquées, soit d'une part les travailleurs et leur conjointe et d'autre part les intervenants-es du milieu.

### 1.2.1 Besoins identifiés auprès des victimes de surdité professionnelle et de leur conjointe

Les besoins en réadaptation ont été identifiés auprès des victimes de surdité professionnelle de trois façons:

a) au moyen d'enquêtes par questionnaire, auprès du travailleur et de sa conjointe;[7-8]
b) au moyen d'entrevues de recherche qualitative menées avec les deux conjoints soit à domicile ou en groupe;[9-10]
c) par la pré-expérimentation d'un programme d'aide.

Tel que mentionné plus haut, les enquêtes par questionnaires et les entrevues ont permis de dresser un profil des désavantages liés à la surdité professionnelle (Figure 1) et des principaux accomodements adoptés par la victime et son entourage familial. Il en ressort que les problèmes d'écoute et de communication résultant de la surdité affectent profondément la vie familiale et sociale et se traduisent entre autres par un isolement, une perte d'autonomie et une image de soi négative.

Une intervention pilote a été faite auprès de deux groupes de travailleurs syndiqués affiliés à la F.T.Q. et leur conjointe dans la région de la Beauce. Il s'agissait d'une session intensive d'une journée et demie avec un retour d'une demi-journée quatre mois plus tard. Les sessions comportaient trois types d'activités:

- mise en commun des difficultés vécues;
- information sur la surdité, sur ses conséquences et sur les moyens de suppléance;
- expérimentation de moyens d'aide.

Ces rencontres ont permis de confirmer et d'enrichir les données obtenues par questionnaire et par entrevues. En particulier, elles ont permis de constater:

a) l'extrême isolement, la dépendance et les tendances à la dépression chez les personnes atteintes de surdité, ces problèmes étant manifestement liés à une image de soi de plus en plus négative;

b) la frustration, l'irritation voire la colère des **conjointes** qui portent les conséquences de la surdité de leurs maris;

c) l'incompréhension de la nature des incapacités auditives d'une part, et d'autre part, de ses conséquences tant pour la victime que pour la conjointe;

d) le manque d'information concernant les moyens disponibles pour minimiser les conséquences de cette surdité;

e) une réticence de la part des victimes de surdité, à adopter des comportements qui préviendraient certains désavantages, cette réticence étant motivée explicitement par la peur d'afficher leur surdité.

### 1.2.2 Besoins identifiés auprès des intervenants-es du milieu

Suite à la pré-expérimentation du programme d'aide, plusieurs intervenants en Santé au Travail de différents CLSC nous ont sollicité pour avoir de l'information sur ces activités. Certains ont pris l'initiative de se regrouper (12 personnes) pour organiser une telle rencontre d'information.

Ces échanges nous ont permis de faire les constatations suivantes:

- l'inconfort et la gêne ressentis par ces intervenants-es en santé au travail, dans leur tâche d'identifier, au moyen de dépistages, les personnes ayant des problèmes d'audition dus à leur travail sans pouvoir leur apporter une aide directe;

- le malaise de constater les conséquences de cette surdité dans la vie familiale et sociale de ces personnes sans pouvoir les diriger vers des services d'aide spécifiques, ceux-ci étant inexistants dans le réseau public;

- l'insatisfaction quant à leur manque de connaissances sur la nature et les conséquences du problème de la surdité professionnelle et sur les moyens d'aide faisant en sorte qu'elles ne peuvent offrir une réponse minimale aux besoins constatés.

En conséquence, pour répondre à ces besoins multiples exprimés tant par les personnes victimes de surdité et leur famille que par les intervenants-es du réseau des services de santé, il est apparu urgent de développer un programme approprié de réadaptation qui sera applicable par les intervenants-es du milieu sur l'ensemble du territoire québécois.

## 1.3 But de l'étude

Le but de l'étude était de développer un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de surdité professionnelle leur donnant accès à des moyens favorisant une meilleure intégration tant au niveau de la famille que de la société. De façon concrète, il s'agissait de réunir les conditions permettant une amorce de recherche de solutions aux problèmes causés par la perte d'audition chez les personnes atteintes de surdité professionnelle et leur conjoint-e.

Les objectifs spécifiques de l'étude étaient les suivants:

(1) mettre au point un modèle d'intervention de base qui conduira à maximiser l'autonomie et l'intégration de la personne victime de surdité;

(2) éprouver la faisabilité du programme d'intervention en tenant compte de la multiplication des intervenants et des particularités régionales;

(3) définir les modalités d'implantation incluant les conditions d'organisation, la formation à offrir aux intervenants et le support matériel pour sa diffusion.

# 2. Modèle d'intervention

## 2.1 Justification du modèle

Tel que démontré au chapitre 1, la surdité professionnelle présente des caractéristiques propres, à savoir notamment qu'elle apparaît de façon très insidieuse dans le temps, que plusieurs de ses manifestations ne sont pas interprétées comme un problème d'audition et que la réaction de l'entourage contribue à susciter une réticence à reconnaître le problème. Afin d'offrir une aide adaptée, nous nous sommes appuyés sur les deux principes suivants dans le choix d'un modèle d'intervention:

(a) les problèmes d'audition affectant non seulement les personnes atteintes de déficience auditive mais également les gens avec lesquels elles interagissent, l'aide doit prendre en compte plusieurs niveaux d'intervention afin d'atteindre les travailleurs visés, l'entourage familial et social ainsi que les institutions ou organisations avec lesquelles ils ont à faire;

(b) l'amélioration de l'interaction entre les personnes atteintes de surdité et l'entourage suppose un changement d'attitudes et de comportements.

Dans ce contexte, il était nécessaire de recourir à un modèle d'intervention qui puisse prendre en compte l'ensemble des facteurs qui contribuent aux problèmes d'audition et qui puisse prévoir des actions de natures différentes susceptibles de réduire l'influence de ces facteurs.

Nous nous sommes ainsi appuyés sur un modèle d'intervention en santé publique favorisant le changement de comportements. Il s'agit du modèle de Blum [13], lequel consiste essentiellement en une stratégie d'analyse de problème de santé et d'identification des différents niveaux d'interventions permettant d'agir sur les facteurs en cause. Concrètement, il procède d'abord par une définition opératoire du problème de santé, puis par un examen systématique de ses conséquences. Il s'agit ensuite d'identifier de façon hiérarchique les différents facteurs précurseurs du problème, dont l'analyse détaillée doit conduire à l'identification d'interventions visant à en réduire l'influence. Le modèle que nous avons conçu dans cette perspective représente un synthèse de connaissances disponibles en audiologie et en éducation pour la santé, de notre expérience d'intervention auprès des personnes atteintes de surdité professionnelle et de consultations auprès de collègues qui ont eu à intervenir auprès de cette population.

## 2.2 Le problème et ses conséquences

Dans le contexte de la surdité professionnelle, le problème de santé a été défini en termes opératoires sur la base des incapacités auditives telles qu'identifiées lors de nos travaux antérieurs sur les incapacités auditives associées à la perte d'audition due au bruit, à savoir une capacité réduite d'écoute et de communication.[9] Ceci résume les diverses difficultés qu'éprouvent les gens atteints de surdité professionnelle telles que décrites par eux-mêmes ou par leur conjoint-e. Ainsi, le but ultime de la réadaptation est de rétablir les capacités d'écoute et de communication afin de prévenir les diverses conséquences du problème énumérées à la Figure 2. Ces conséquences réfèrent aux désavantages psycho-sociaux associés à la surdité professionnelle.[9] Elles sont résumées à la Figure 2 en termes de zones de vie affectées et en termes de conséquences secondaires pour la personne déficiente auditive. Cette catégorisation indique qu'un ensemble d'interactions sociales et de milieux d'écoute doivent être considérés dans la perspective d'une réadaptation.

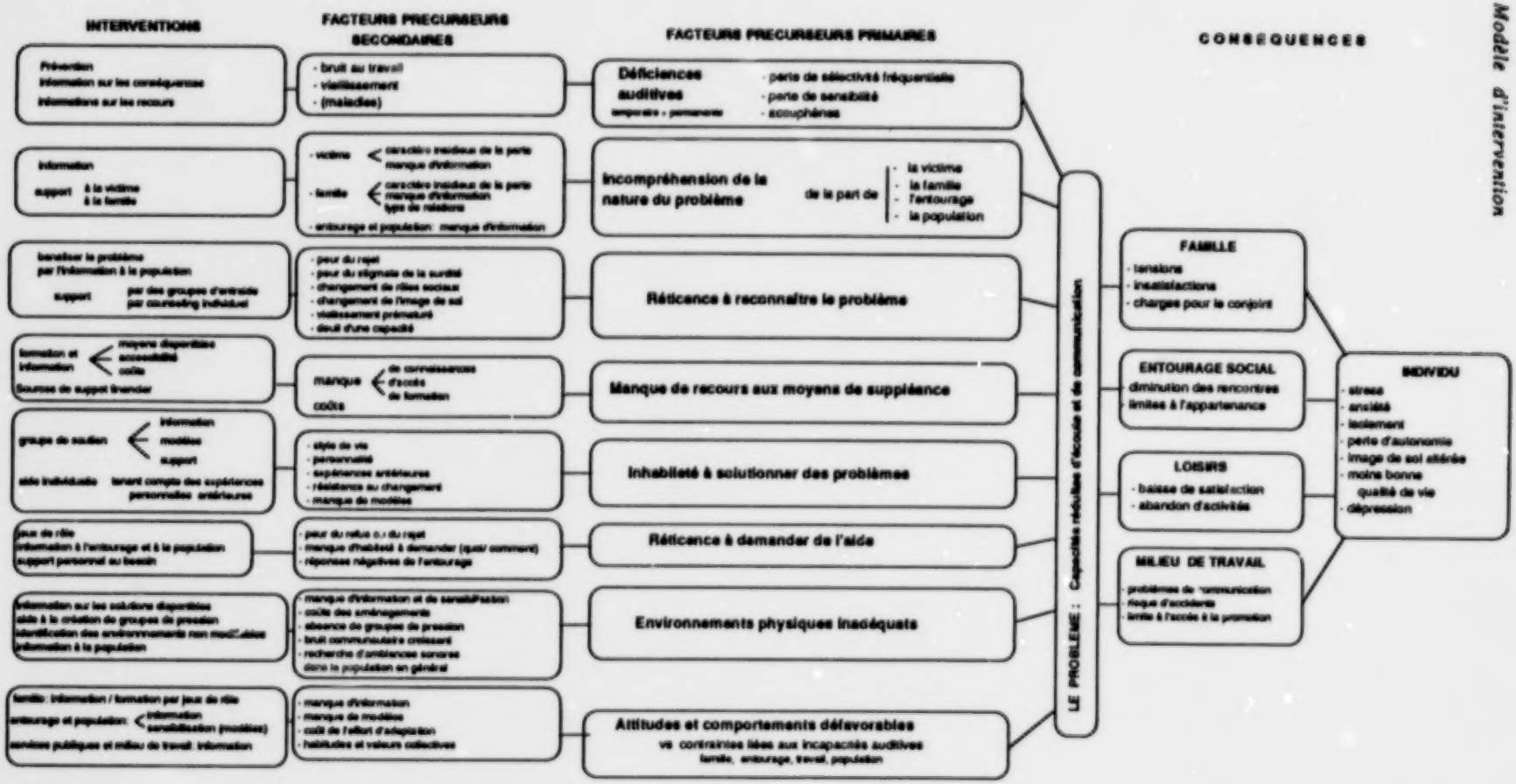


Figure 2. Modèle d'analyse du problème de la surdité prefessionnelle en vue d'interventions réadaptatives.

Les conséquences sur la vie familiale peuvent être résumées par des problèmes de tension, d'insatisfaction, de charge pour le conjoint ou la conjointe. Au niveau de l'entourage social, il s'agit d'une diminution de la participation à diverses activités et une limite à l'appartenance. En ce qui concerne les activités de loisirs, le problème entraîne des changements dans la nature des activités, une baisse de satisfaction et l'abandon de certaines activités. Dans le milieu de travail, des problèmes de communication surgissent de même qu'un risque accru d'accident sans compter une limite à l'accès à la promotion. Ces situations de désavantages sont elles-mêmes la cause de conséquences secondaires pour la personne affectée, telles que le stress dans les interactions quotidiennes, l'anxiété par rapport à une aggravation éventuelle de la surdité, l'isolement, la perte d'autonomie traduite par une dépendance à l'égard de la conjointe ou du conjoint, une image de soi négative et souvent un état de dépression, c'est-à-dire un sentiment d'impuissance devant les difficultés éprouvées.

## 2.3 Les facteurs précurseurs et les axes d'intervention

Une fois défini le problème et ses conséquences, l'élaboration du modèle d'intervention consiste en l'identification et la hiérarchisation de l'ensemble des facteurs responsables du problème de santé. Comme le montre la Figure 2, au sommet de la hiérarchie apparaît évidemment les déficiences auditives. Mais, nous avons identifiés 7 autres facteurs contribuant à l'expérience de capacités réduites d'écoute et de communication chez les personnes atteintes de surdité professionnelle. Il s'agit de l'incompréhension de la nature du problème, de la réticence à reconnaître le problème, du manque de recours aux moyens de suppléance, de l'inhabileté à solutionner des problèmes, de la réticence à demander de l'aide, d'environnements physiques inadéquats et d'attitudes et de comportements défavorables de la part de l'entourage. Ces différents facteurs sont eux-mêmes analysés en détails en termes de facteurs précurseurs secondaires afin d'identifier les interventions qui peuvent en réduire l'influence.

### 2.3.1 Les déficiences auditives

Les déficiences auditives, conséquences directes de l'exposition au bruit, sont caractérisées par la perte de sélectivité fréquentielle, la perte de sensibilité et les acouphènes. Ces déficiences sont associées à une dégradation irréversible de l'audition mais aussi à l'effet quotidien de l'exposition au bruit. [9]

Les principales déficiences sont évidemment la résultante de l'exposition au bruit, premier facteur précurseur secondaire. Mais, il faut aussi considérer le vieillissement dont l'effet commence à être particulièrement important à partir de l'âge de 50-55 ans [14], et qui s'ajoute à la perte d'audition due au bruit. Il en résulte souvent une aggravation relativement importante des incapacités auditives. Enfin les travailleurs industriels, tout comme le reste de la population, ne sont pas à l'abri de maladies qui peuvent affecter l'audition. Certaines personnes vont donc voir leur perte d'audition aggravée par les séquelles de maladies affectant l'oreille.

On peut déjà identifier les interventions qui pourraient prévenir le problème de santé causé par les déficiences auditives dues à l'exposition au bruit au travail. Il s'agit bien sûr de la réduction du bruit dans les milieux de travail. Cependant, sachant que l'information concernant les moyens de réduire le bruit est disponible depuis plusieurs années déjà, il y a tout lieu de croire que des obstacles interviennent dans la mise en oeuvre des moyens de prévention, le plus important étant probablement le manque de sensibilisation aux conséquences de la surdité professionnelle.[15] En ce sens, les interventions qui feront en sorte que l'on préviendra les déficiences auditives passent d'abord par l'information sur la nature de ses conséquences et par l'accès aux recours légaux et administratifs disponibles.

### 2.3.2 L'incompréhension de la nature du problème

Par ordre d'importance, le deuxième grand facteur précurseur en cause est l'incompréhension de la nature du problème et ce, tant de la part de la victime, de l'entourage familial et social que de la population en général.[10] Concrètement, cela signifie que la personne affectée de ce problème d'audition n'associe pas ses difficultés au fait d'avoir une perte d'audition. Par exemple cette personne peut dire: "*moi, je n'aime pas les rencontres en groupe*". En fait, elle évite de façon quasi-systématique cette situation d'incompétence et d'isolement. La situation la plus ambiguë du point de vue de la personne atteinte correspond à la communication en présence de bruits de fond. Les gens atteints de surdité professionnelle vont souvent dire qu'ils comprennent quand ils se concentrent, quand ils ne sont pas fatigués, quand ils prêtent attention. Ils n'identifient pas comme tel qu'ils ont une baisse de sélectivité fréquentielle, autrement dit, une baisse fonctionnelle de capacité à détecter un certain son dans un bruit de fond et, par conséquent, la parole dans un groupe ou en présence du son de la télévision, etc. Du point de vue de l'entourage immédiat, le comportement de la personne atteinte apparaît incohérent et est interprété comme l'expression d'un refus de communiquer: "*il/elle comprend quand il/elle veut*". Par la population en général, le problème n'est pas davantage compris du fait que la surdité n'est pas visible en tant que telle et que faire répéter ou mal comprendre est associé le plus souvent à un manque d'intérêt à communiquer, à un manque d'attention, sinon un manque d'intelligence.

Les causes de cette incompréhension vécue par toutes les personnes concernées sont multiples. Elles tiennent au fait
- que la perte d'audition évolue de façon très progressive, ne se manifestant pas par des changements brusques dans les capacités auditives,
- que l'on ignore en général que la surdité puisse être partielle,
- que l'on ignore l'existence des problèmes de discrimination dans le bruit,
- et, enfin, que dans les familles, on peut ne jamais parler de problèmes de communication.

Pour réduire l'influence de cette incompréhension, il y a certainement lieu d'offrir une information appropriée à toutes les personnes concernées. Toutefois, cela ne suffira pas à désamorcer l'irritation vécue par le milieu familial et à enclencher un processus de recherche de solutions. En ce sens, il faut prévoir un soutien à la victime et à ses proches.

### 2.3.3 La réticence à reconnaître le problème

Les gens qui ont un problème d'audition dû au bruit éprouvent une grande difficulté à se reconnaître comme souffrant d'une surdité ou à se voir comme étant malentendant et, par conséquent, à entreprendre une démarche active de solution de problème;[10] cette réticence est particulièrement forte en regard de l'utilisation de moyens d'aide qui vont témoigner de la perte d'audition. La prothèse auditive est spontanément rejetée par une majorité de personnes atteintes de surdité professionnelle parce qu'elle véhicule le stigmate de la surdité. La réticence est telle que certains refuseront d'utiliser un amplificateur de téléphone qui pourrait être vu à la maison par de rares visiteurs pouvant éventuellement utiliser le récepteur téléphonique. Conjuguée à l'incompréhension de la nature du problème, la réticence à le reconnaître constitue l'obstacle majeur à l'utilisation des moyens disponibles pour solutionner le problème d'audition.

Les facteurs eux-mêmes responsables de cette situation sont, d'après le discours des victimes du problème:
- la peur de ne plus appartenir à des groupes, c'est-à-dire d'être rejeté par l'entourage,
- la peur du stigmate lui-même (la peur d'être jugé comme étant "*handicapé, vieilli prématurément, anormal, bizarre, sourd*"),

- le malaise de se voir moins compétent dans les rapports sociaux et, par conséquent, moins en mesure d'assumer les rôles attendus ou souhaités,
- le malaise de se voir soi-même diminué physiquement de façon irréversible et vieilli prématurément (de porter un signe de vieillissement à un âge parfois très peu avancé alors qu'on associe systématiquement la surdité au grand âge),
- et le malaise associé à l'expérience du deuil d'une capacité, confrontant à l'expérience elle-même de la finitude.

Il y a lieu de noter ici que les conséquences de l'incapacité auditive sont elles-mêmes des précurseurs importants de capacités réduites d'écoute et de communication. En effet, l'atteinte à l'image de soi devient une cause de la réticence à reconnaître le problème et à en rechercher des solutions.

De fait, la peur d'être stigmatisé est fondée puisque la surdité est très souvent l'objet de marques de discrédit. C'est d'ailleurs en milieu de travail bruyant que les victimes de surdité professionnelle semblent le plus fortement stigmatisées.[10] Cette situation est probablement le reflet d'une idéologie défensive du milieu de travail visant à empêcher les personnes atteintes de surdité professionnelle de rendre visibles ses conséquences à la majorité; de cette façon, on parviendrait à rendre imperceptible dans le quotidien cette menace pour les milliers de personnes qui sont exposées au bruit à cause de leur emploi. Le malaise quant au deuil d'une capacité est probablement aussi associé à l'image-même de "capacité" traditionellement endossée par les hommes au travail, le rôle de pourvoyeur exigeant d'être en mesure d'assumer sa tâche. Dans ce contexte, toute défaillance serait une menace à son identité comme pourvoyeur.

Les actions qui peuvent diminuer l'influence de ces facteurs sont multiples et relèvent de niveaux d'intervention variés. La lutte contre la stigmatisation de la surdité suppose une information structurée dans les média de maniere à banaliser le problème et à le dissocier d'images de déficience intellectuelle ou autre. Cela passe aussi par une sensibilisation des collègues de travail, laquelle suppose une information simultanée sur les moyens de réduire le risque de surdité. Enfin, les personnnes aux prises elles-mêmes avec les problèmes d'incapacités auditives ont besoin d'un soutien psycho-social, celui-ci pouvant être offert en groupe et sur une base individuelle dans les cas les plus sévèrement affectés.

### 2.3.4 Le manque de recours aux moyens de suppléance

Le quatrième facteur précurseur primaire que nous avons identifié par ordre d'importance est le manque de recours aux moyens de suppléance. Dans une enquête auprès d'une population complète d'un milieu de travail bruyant, parmi les travailleurs atteints d'incapacités auditives manifestes, aucun n'avait entrepris une démarche pour se procurer une aide technologique quelconque.[10] La très grande majorité des victimes de surdité professionnelle ne se procure pas spontanément d'aide technologique et ce, même dans le cas où les travailleurs reçoivent une indemnité pour leur surdité. Cette situation est explicable pour une bonne part par les deuxième et troisième facteurs précurseurs primaires, c'est-à-dire l'incompréhension de la nature du problème et surtout la réticence à reconnaître le problème d'audition, associée à la peur du stigmate de la surdité. On doit aussi ajouter le fait que les aides auditives autres que la prothèse ne sont pas connues dans la population, parce que vendues dans le réseau très spécialisé des audio-prothésistes et parce que d'usage peu courant dans l'état actuel des choses. Il y a donc un manque de connaissances concernant les aides disponibles et les endroits où l'on peut se les procurer.

Mais l'information sur l'existence de ces dispositifs ne suffirait pas. Le manque d'expérience du bénéfice lui-même des aides constitue un obstacle à leur recours. En effet, étant donnée la progression très insidieuse de la perte d'audition, les gens ne peuvent s'imaginer

comment leur capacité d'écoute ou de communication s'est détériorée et comment elle serait améliorée par l'usage d'une telle aide. C'est seulement par l'expérience elle-même du bénéfice de l'aide que les personnes atteintes de surdité professionnelle peuvent se représenter l'avantage important qu'elle peut leur procurer.

Un frein additionnel au recours aux moyens de suppléance est associé au coût relativement élevé des différentes aides. Lorsque les personnes atteintes de surdité ne sont pas indemnisées par la CSST, le coût des aides devient un obstacle important. Il y a donc lieu d'appuyer ces derniers pour accéder à toute aide financière pouvant leur faciliter l'accès aux aides auditives.

### 2.3.5 Inhabileté à solutionner des problèmes

Un cinquième facteur précurseur des difficultés d'audition est associé à l'inhabileté à solutionner des problèmes. Nous avons observé que quelques rares travailleurs ont, d'eux-mêmes, fait les démarches nécessaires auprès de différents organismes pour obtenir un support afin de se procurer des aides technologiques appropriées. D'autres apparaissent comme paralysés, demeurant aux prises avec de très sérieux problèmes de communication sans chercher de solutions. Cette différence dans le mode de réaction aux problèmes d'audition est vraisemblablement liée, pour une part du moins, à la personnalité des gens. Certaines personnes réagissent aux difficultés de la vie avec un sentiment d'impuissance. Face à la surdité, elles éprouvent le même sentiment de fatalité associé dans ce cas à l'effet jugé inévitable du travail en milieu industriel.

Le style de vie peut aussi intervenir: une personne qui avait peu de contacts avec les gens avant d'être atteinte d'une perte d'audition sera probablement moins portée à résoudre les difficultés de communication par comparaison à une personne qui était déjà très impliquée dans un réseau social avant de souffrir de surdité. Il en va de même pour la façon dont un couple a l'habitude de résoudre ses difficultés: certains vont en discuter et chercher des solutions, d'autres évitent de les aborder ouvertement. Cela aura un impact déterminant sur la façon de solutionner les problèmes d'écoute et de communication à la maison.

On pense également que les expériences antérieures de solution de problèmes de santé peuvent influencer la réaction au problème d'audition. Si, par exemple, une personne a bénéficié d'un soutien très efficace de professionnels pour un autre problème de santé, elle sera portée à recourir à des services analogues pour son problème d'audition. Dans le cas contraire, on peut s'attendre à une attitude relativement défaitiste à l'égard des moyens de suppléance et de l'aide que peuvent offir les services de santé.

Comme dans toute situation qui fait appel à l'adoption de comportments nouveaux, on doit aussi considérer la résistance au changement comme facteur en cause dans cette inhabileté à solutionner le problème.[16-17] Par exemple, l'introduction d'une aide technologique pour l'écoute de la télévision suppose un changement dans le déroulement de l'activité: mettre en place les écouteurs, ajuster l'amplificateur, enlever l'écouteur lors des déplacements, prêter attention à la position du récepteur, etc. Ce sont autant d'exigences nouvelles qui peuvent freiner l'utilisation d'un tel moyen de suppléance. Cela vaut aussi pour l'utilisation de la prothèse auditive, l'amplificateur de téléphone, etc.

Enfin, le manque de modèle mérite aussi d'être considéré.[17] On sait que les travailleurs vivent leur problème de surdité de façon isolée et qu'ils sont privés de contacts avec des personnes qui ont activement cherché à voir leurs difficultés auditives diminuées notamment par l'usage de différents moyens de suppléance. En ce sens, le manque de tels modèles contribue à percevoir

comme inaccessible les moyens de suppléance, n'étant pas témoins de ses bénéfices chez des personnes significatives.

Au moyen de rencontres de groupe, on peut donc favoriser le contact avec des personnes susceptibles d'agir comme modèles, tout en offrant un soutien et une information appropriée. Dans certains cas, seule une aide individuelle permettra de prendre en compte adéquatement les effets d'expériences antérieures négatives quant à la solution de problèmes de santé.

### 2.3.6 La réticence à demander de l'aide

La réticence à demander de l'aide constitue un sixième facteur précurseur des problèmes d'écoute et de communication. On sait que, à cause des limites des aides technologiques et de la lecture d'expression, la communication peut parfois être maintenue à la seule condition de demander aux interlocuteurs certains accommodements: par exemple, demander de parler plus lentement, face à face, de se rapprocher, de diminuer la musique d'ambiance, de s'éloigner de la source du buit de fond, etc. Or, l'expérience nous a montré que la très grande majorité des personnes atteintes de surdité professionnelle ne faisaient pas de telles demandes et se privaient, par conséquent, de la communication dans les situations où le fait de deviner le sujet de la conversation, d'essayer de lire sur les lèvres ou même d'utiliser une prothèse auditive n'était pas efficace. Plutôt que de faire de telles demandes, on préfère se priver de la communication.

Il est évident que cette réticence à demander de l'aide est un autre reflet du problème de la réticence à reconnaître le problème; la peur d'être stigmatisé est, encore une fois, en cause. Demander une certaine aide, un certain ajustement de la part de l'entourage suppose de justifier cette demande et donc, de révéler sa surdité. Or, les travailleurs affectés de surdité professionnelle conviennent qu'ils sont très peu enclins à révéler leur surdité. Quand on demande aux gens "Mais que se passerait-il si vous demandiez au commis de banque, à la caissière du supermarché, aux collègues, à l'ami de parler plus lentement?", ils nous répondent "*On va être obligé de leur dire pourquoi*". Ils ajoutent parfois: "*Qu'est-ce qu'il va arriver s'ils refusent?*" Il y a donc, en outre, une certaine peur d'être rejeté, cette demande mettant en cause la volonté à communiquer de la part de l'interlocuteur. Cette peur de se voir refuser l'adaptation de la part de l'interlocuteur est d'autant plus justifiée que le coût des efforts exigés est important. Par exemple, s'éloigner du groupe parce qu'il y a trop de bruit suppose d'accepter de perdre le contact avec le reste du groupe. Répéter plus de deux fois consécutives est perçu comme inacceptable; ralentir son débit, articuler davantage, cela est consenti durant quelques minutes mais pas nécessairement pour une longue conversation. En groupe, parler un à la fois impose une forte contrainte à chacun et limite le rythme de l'interaction; en général, une telle adaptation n'est consentie que pour un court laps de temps. Ainsi, l'expérience du refus ou de la non réponse aux demandes peut vraisemblablement être justifiée par des expériences antérieures négatives.

En outre, on doit considérer le fait que la plupart des travailleurs atteints de surdité professionnelle que nous avons pu rencontrer ignoraient comment formuler une telle demande en terme d'un besoin qui leur est personnel, la justifiant de façon acceptable pour eux et pour l'interlocuteur et la décrivant dans des conditions appropriées.

Outre les actions visant à réduire la réticence à reconnaître le problème (parag. 2.3.3), la première intervention qui s'impose dans ce contexte est de réunir les conditions pour apprendre, via des jeux de rôles par exemple, à formuler une demande en rapport avec son problème d'audition. Mais, la contre-partie est également importante. L'entourage immédiat de la personne malentendante doit en même temps être informé des comportements à adopter pour faciliter la communication compte tenu du problème d'audition. Cette information doit idéalement rejoindre

toute la population de manière à faciliter les contacts de la personne malentendante avec quiconque.

### 2.3.7 Environnements physiques inadéquats

Il y a deux facteurs qui sont en quelque sorte en dehors du champ d'influence directe de la personne malentendante. Le premier est l'existence d'environnements physiques inadéquats et le second, traité au paragraphe 2.3.8, est lié aux attitudes et comportements défavorables de la part de l'entourage.

Il existe plusieurs environnements physiques défavorables à l'écoute de la parole et à la communication verbale: les restaurants, les centres commerciaux, les banques, les églises, les cinémas et les théâtres, etc. Les conditions physiques en cause sont (a) la présence du niveau élevé de bruit de fond, (b) une réverbération excessive et (c) des systèmes d'amplification sonore inadéquats. Ces situations sont elles-mêmes gouvernées par plusieurs facteurs, le plus important étant vraisemblablement le manque d'information et de sensibilisation quant aux besoins des malentendants. On ignore, dans la population en général, la notion de perte de sélectivité fréquentielle et, par conséquent, l'effet de la présence de bruits de fond comme entrave majeure à la communication pour les malentendants.

Par ailleurs, il est certain que l'aménagement acoustique des grands espaces représente des coûts financiers. C'est le cas, par exemple, pour l'installation de systèmes d'écoute à infra-rouge ou par boucle magnétique dans les salles de spectacle. La réduction de la réverbération dans les grands espaces comme les centres commerciaux peut representer des coûts très importants. L'aménagement acoustique d'un restaurant est un autre exemple. L'absence de revendications systématiques de la part des malentandants fait en sorte que leurs besoins en termes d'environnements physiques sont ignorés.

Il y a donc lieu d'aider les malentendants à identifier ces situations et de favoriser la mise sur pied de groupes de pression qui vont solliciter les aménagements nécessaires. L'information devra en outre permettre d'identifier les conditions pour lesquelles des améliorations sont impraticables. Simultanément, une sensibilisation de la population et des organismes concernés (propriétaires de salles de spectacles, de restaurants, de centres commerciaux, etc.) devrait ouvrir la voie à une reconnaissance des besoins des malentendants en termes d'environnements physiques.

Il reste toutefois deux autres facteurs responsables d'environnements inadéquats sur lesquels il sera très difficile d'agir. Ce sont la présence du bruit communautaire et la recherche d'ambiances sonores dans la population en général. On sait que le bruit urbain est une fonction directe de la densité de population [18] et que les niveaux sonores extérieurs peuvent être suffisamment élevés pour nuire à la communication verbale même chez des entendants. L'action sur la pollution sonore passe par un processus de décision collective qui, au Québec du moins, n'est pas encore amorcé. Cette nuisance se conjugue à la propension à occuper les espaces sonores par une musique plus ou moins forte dans les lieux de rencontre et dans les aires de circulation. Il s'agit d'un problème culturel sur lequel nous ne pouvons avoir que très peu d'influence.

### 2.3.8 Attitudes et comportements défavorables

Les attitudes et les comportements défavorables de la part des personnes qui sont en interaction avec les victimes de surdité professionnelle doivent être considérés comme cause de problème de communication. Les malentendants auront beau se munir d'aides technologiques et

maîtriser les stratégies de communication, ils ne pourront résoudre l'ensemble de leurs difficultés si leurs interlocuteurs ne composent pas aussi avec celles-ci. Ce problème nous renvoit d'abord au deuxième facteur précurseur primaire mentionné plus haut, c'est-à-dire à l'incompréhension de la nature du problème (parag. 2.3.2). Le manque d'information et le manque de modèles de comportements appropriés font en sorte que l'entourage immédiat ou élargi réagit souvent de façon inadéquate. Par exemple, si la personne malentendante demande de répéter, on répètera avec les mêmes mots et dans les mêmes conditions. On sait que cette réponse n'aidera pas. Répéter en changeant le débit, l'articulation ou le vocabulaire facilitera la compréhension. Il en va de même pour la communication à distance ou d'une autre pièce, problème vécu dans beaucoup de foyers lorsqu'un enfant ou la conjointe s'adresse spontanément au travailleur atteint de perte d'audition. Il en résulte systématiquement la frustration de ne pas avoir de réponse ou d'avoir une réponse inadéquate. Il y a donc lieu d'informer les gens sur les comportements à adopter et de leur montrer des modèles appropriés qu'ils pourront imiter.

Tel que mentionné précédemment (parag. 2.3.6), le coût des efforts à s'adapter représente une limite à la communication pour le matendendant. Ces coûts mettent en cause l'importance de la communication voire même de la relation avec la personne atteinte de surdité. Sachant qu'il faut se parler face à face et avec un débit ralenti en prenant soin d'articuler, on entamera la conversation seulement si on la juge importante. C'est ainsi, par exemple, qu'à la maison, on limite les échanges spontanés qui caractérisent le compagnonnage.

Enfin, l'adaptation aux besoins des malentendants impose des changements dans les habitudes et les valeurs collectives. Cela signifie reconnaître l'existence de ces besoins particuliers dans les situations d'interaction quotidienne qui caractérisent le milieu de travail et les services commerciaux, professionnels et de santé. Certains organismes financiers ont déjà entrepris une formation de leur personnel pour répondre aux besoins des malentendants. Mais, il reste encore à sensibiliser une majorité de ces services.

## 2.4 La programmation des interventions

Le modèle d'analyse du problème de la surdité professionnelle décrit à la Figure 2 n'est pas considéré ici comme un cadre exhaustif et définitif d'identification des facteurs en cause; il s'agit plutôt d'un outil mis au point aux fins de la présente étude afin de concevoir et de planifier des interventions qui respectent la complexité du problème. L'analyse qui précède montre bien que les difficultés d'audition des personnes atteintes de surdité professionnelle sont gouvernées par l'influence d'un grand nombre de facteurs de natures différentes. La solution à ces difficultés ne peut être abordée de façon efficace au moyen d'un modèle linéaire; elle exige de concevoir simultanément un ensemble d'interventions, de manière à agir sur l'effet conjugué des principaux facteurs responsables du problème. Cette perspective globale et multi-factorielle constitue en quelque sorte l'originalité de notre approche laquelle postule qu'une action à un seul niveau, comme par exemple l'information, s'adressant uniquement à la personne malentendante, n'aura que peu d'effets sur les difficultés d'audition vécues.

Les interventions qui ont été esquissées dans l'analyse qui précède sont reprises à la Figure 3 qui en dresse la synthèse ainsi que leurs cibles respectives.

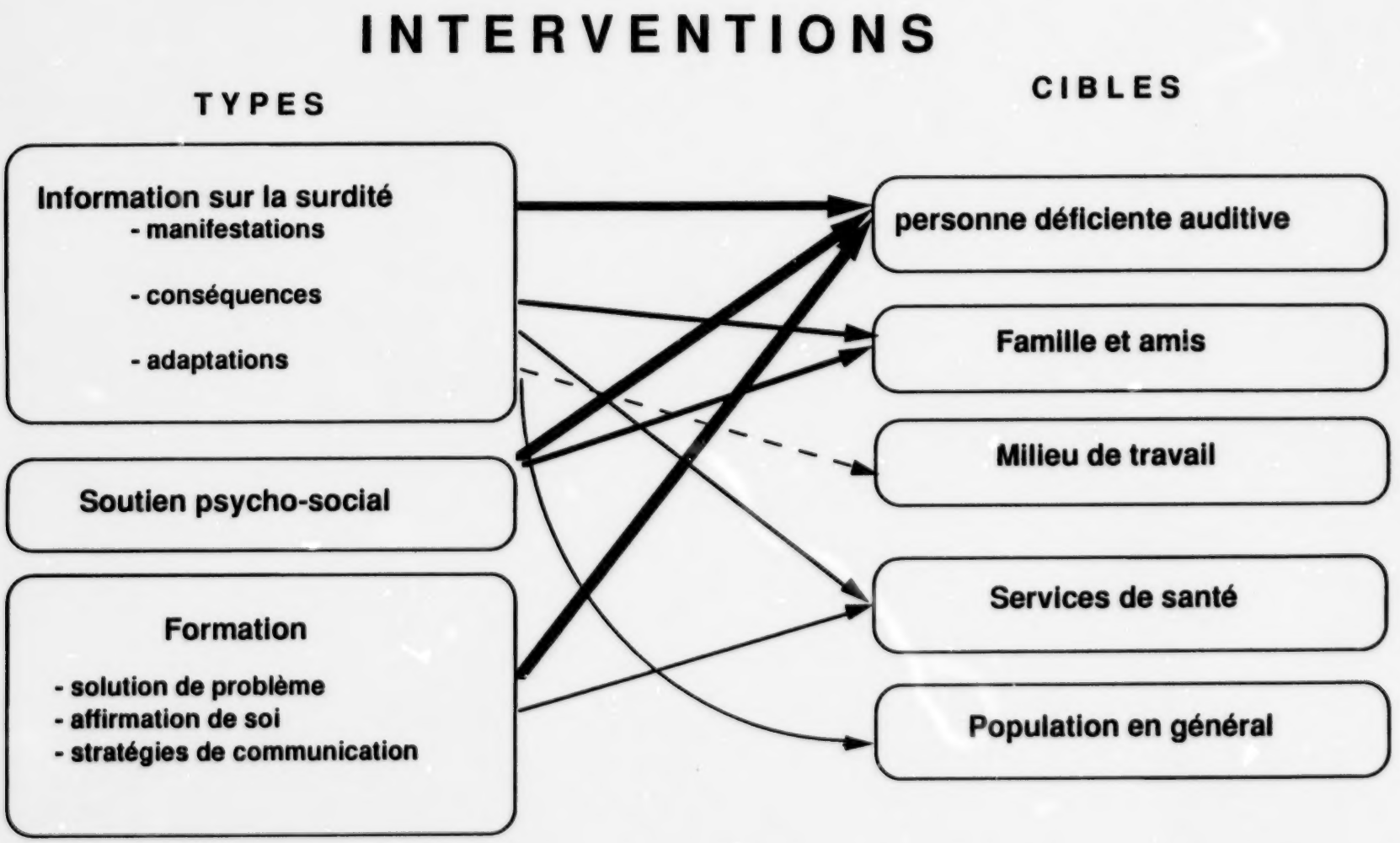


**Figure 3. Types et cibles d'interventions en vue de solutionner les problèmes d'audition des personnes atteintes de surdité professionnelle.**

On peut réduire à trois les types d'interventions identifiés plus haut:
(1) information sur la surdité, ses manifestations, ses conséquences et sur les adaptations nécessaires pour faciliter la communication et l'écoute:
il est évident qu'elle s'adresse d'abord à la personne déficiente auditive; mais elle vise aussi les gens avec qui celle-ci est en interaction, soit la famille et l'entourage immédiat, le milieu de travail, les services de santé (c'est-à-dire les différents intervenants du réseau qui ont à offrir des services à cette personne) et la population en général. Le niveau d'information doit évidemment être adapté à chacune des cibles différentes d'interventions.
(2) soutien psycho-social:
la personne malentendante et ses proches ont besoin d'un soutien pour composer avec les conséquences coûteuses de la surdité dans leur vie quotidienne et pour entreprendre les démarches qui pourront les prévenir.
(3) formation:
la personne malentendante a besoin d'acquérir des habiletés nouvelles en termes de solution de problème, d'affirmation de soi et de moyens favorisant la communication. L'entourage immédiat ainsi que les intervenants du réseau des services de santé doivent, pour leur part, connaître les stratégies facilitant la communication avec les malentendants.

Dans la présente recherche, l'emphase a été mise sur les deux premières cibles d'interventions, à savoir la personne déficiente auditive et ses proches. Un certain nombre d'actions ont simultanément été menées auprès d'intervenants du réseau des services de santé (rencontres d'information et de consultation)et auprès de la population en général (information dans les medias). L'intervention auprès du milieu de travail fait l'objet d'un projet subséquent à celui-ci.

L'intervention auprès des travailleurs et de leur conjointe a été structurée dans une perspective de changement de comportements fondée sur un modèle d'éducation pour la santé [19]. Celui-ci tient compte des différentes étapes qui précèdent l'adoption d'un comportement nouveau[16]:
(1) être informé du problème, de ses conséquences et des solutions disponibles;
(2) être intéressé par les solutions offertes;
(3) ressentir le besoin de solutionner le problème;
(4) prendre la décision de recourir à une solution;
(5) faire l'essai de la solution proposée;
(6) adopter la solution.
Les activités concrètes structurées dans le cadre du présent projet ont été conçues à partir de notre modèle d'analyse en tenant compte de ces étapes. Elles sont décrites au chapitre 3.

# 3. Description des interventions auprès des travailleurs et de leur famille

Le chapitre 1 a démontré l'absence de services adaptés ainsi que le problème de la faisabilité d'un programme d'aide à l'intention des personnes atteintes de surdité professionnelle. Le modèle d'analyse développé au chapitre 2 met en évidence un ensemble de conditions sur lesquelles il faut agir pour aider à solutionnner les problèmes d'audition. L'accent ayant été mis sur la question de la faisabilité, la priorité d'intervention a été accordée aux travailleurs et à leurs proches. Le programme d'intervention ainsi élaboré a essentiellement pris la forme de groupes de réadaptation à l'intention de personnes atteintes de surdité professionnelle et de leur conjointe. Le présent chapitre rend compte du déroulement de ces interventions, en incluant:

- les conditions de recrutement,
- la description des participants,
- le but et les objectifs des rencontres,
- les modalités de réalisation des rencontres.

Il fait également état des activités visant le réseau des services de santé ainsi que la population en général.

Le détail des procédures mises au point pour la réalisation des sessions de réadaptation est présenté de manière exhaustive dans un document annexe intitulé "Programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de surdité professionnelle et de leur conjointe ou de leur conjoint: Guide de formation". Dans le présent chapitre, nous nous limitons à décrire les conditions dans lesquelles ont été réalisées les sessions aux fins du présent projet en nous référant au Guide de formation pour l'exposé détaillé des procédures.

## 3.1 Recrutement

### 3.1.1 Agents de recrutement

Le recrutement posait un problème majeur dans le contexte d'une intervention auprès de personnes réticentes à reconnaître leur problème d'audition. Afin de convaincre les participants éventuels des bénéfices qu'ils pouvaient en tirer, il a été convenu de les rejoindre par l'intermédiaire d'un-e intervenant-e crédible à leurs yeux. Ce sont donc les infirmiers-ères en santé au travail des CLSC participants qui ont effectué le recrutement. Ces intervenant-e-s avaient déjà dépisté les cas de surdité dans les milieux de travail, transmis les résultats de leur examen et fourni certains renseignements concernant le problème de la surdité profesionnelle; dans plusieurs cas, ils/elles ont supporté les travailleurs atteints de surdité dans la préparation de leur demande d'indemnisation.

### 3.1.2 Population cible

Les travailleurs qui avaient déjà été indemnisés et ceux qui étaient en voie de faire une demande d'indemnisation ont été visés en priorité. Ce choix était justifié, d'une part, parce qu'il s'agissait des personnes éprouvant des difficultés importantes compte tenu de la sévérité de leur perte d'audition et, d'autre part, parce que les conséquences de ces difficultés étaient certainement aussi vécues par la famille et par l'entourage immédiat. De plus, on estimait que ces travailleurs, à cause de la sévérité de leur problème, accepteraient plus facilement de discuter de leurs difficultés et de les partager avec d'autres. Dans le contexte d'un programme expérimental, on voulait ainsi maximiser les chances que les gens sollicités participent au groupe de réadaptation.

### 3.1.3 Stratégie de recrutement

Connaissant la réticence de la population visée à entreprendre une démarche active de recherche de solutions à leurs problèmes d'audition, nous avons élaboré une procédure de recrutement en quatre temps à l'intention des intervenants-es des CLSC:
(1) Un mois avant la rencontre, un appel téléphonique était adressé au travailleur afin de prendre rendez-vous à son domicile, pour une rencontre avec lui et sa conjointe;
(2) Trois semaines avant la rencontre avait lieu la visite à domicile dont le but était d'expliquer aux deux conjoints le programme de réadaptation offert et de les inviter à y participer;
C) Deux semaines avant la rencontre, une relance écrite était faite au moyen d'un feuillet qui réitérait les objectifs d'une telle session, les dates, l'heure et le lieu où elle devait se dérouler;
D) Deux ou trois jours avant le début de la session, une relance téléphonique rappelait aux intéressés le lieux et l'heure de la rencontre.

### 3.1.4 Formation des intervenants du milieu

Afin d'aider les infirmiers-es à présenter, d'une façon convaincante, l'invitation aux sessions de réadaptation proposées ainsi qu'à faciliter l'organisation des rencontres, une session de formation de plus de trois heures leur a été offerte. Celle-ci avait pour objet:
(a) de les informer sur les conséquences de la surdité professionnelle, tant pour le travailleur que pour la conjointe et ce, dans le but d'inciter les travailleurs à participer aux rencontres;
(b) de discuter avec eux des objectifs du programme de réadaptation et du contenu des rencontres, afin de pouvoir répondre aux questions des participants éventuels;
(c) de leur proposer la stratégie de recrutement;
(d) de discuter de la planification matérielle de ces rencontres (local, équipements, horaires, etc.);
(e) de les informer des documents à réunir pour chaque travailleur participant;
(f) d'identifier les ressources professionnelles pertinentes (audiologiste, audioprothésiste) de la région et dresser une liste de leurs coordonnées à être remise à chaque participant à la fin de la session de réadaptation;
(g) de planifier les suites de l'intervention, soit un soutien psycho-social supplémentaire pour les individus et les couples qui en exprimeraient le besoin (thérapie individuelle, conjugale ou familiale, contrôle du stress, etc.) et un support pour la préparation éventuelle des demandes d'indemnisation.

### 3.1.5 Documents réunis pour chacun des participants

Pour chaque participant, trois documents devaient être réunis avant les rencontres:
(1) l'audiogramme de dépistage administré dans le cadre du programme de santé de l'entreprise ou le résultat de tout autre examen de l'audition;
(2) une fiche d'information complétée: (voir: "Information sur les participants"; Guide de formation);
(3) le questionnaire de handicap (voir: Appendice 1) complété par le participant et sa conjointe.

Un document dressant une synthèse de la démarche de recrutement, des objectifs visés, de la planification matérielle, des documents requis, des équipements nécessaires, et des tâches à assumer (voir: Guide de formation), était remis à tous les infirmiers et infirmières concernés lors de cette séance pré-recrutement.

## 3.2 Description des participants

Les participants ont été recrutés parmi les travailleurs qui ont fait l'objet d'une campagne d'examen de dépistage dans le cadre du programme de santé au travail de leur entreprise. Etant donné que de tels programmes ont été implantés à ce jour dans l'industrie lourde, c'est-à-dire les secteurs définis comme étant prioritaires par le CSST, la population cible était presqu'exclusivement masculine. C'est pourquoi seul des hommes atteints de surdité professionnelle ont participé aux sessions de réadaptation organisées dans le cadre de la présente étude. Au total, 6 sessions de réadaptation ont été tenues, réunissant en moyenne chacune 8 couples. Les travailleurs recrutés étaient tous atteints d'une perte d'audition suffisamment importante pour satisfaire le critère en vigueur au Québec pour l'indemnisation de la surdité professionnelle. soit une perte égale ou supérieure à 30 dB établie sur la moyenne des seuils d'audition à 500, 1000, 2000 et 4000 Hz. Au total, 48 travailleurs ont participé au programme, dont 41 étaient accompagnés de leur conjointe.

L'âge moyen des participants était de 54 ans (écart-type: ±8,65) le plus jeune ayant 31 ans et le plus âgé, 71 ans. Les seuils d'audition des participants sont décrits au Tableau I.

**Tableau I.** Moyenne, écart-type, valeur minimale et maximale des seuils d'audition en dB (re: ANSI-1969) à quatre fréquences audiométriques pour l'oreille la meilleure et l'oreille la moins bonne des 48 travailleurs participants.

| | Moyenne | écart-type | min. | max. |
|---|---|---|---|---|
| Oreille la meilleure | | | | |
| 500 Hz | 18,5 | 10,16 | 0 | 45 |
| 1000 Hz | 28,7 | 10,60 | 15 | 50 |
| 2000 Hz | 51,1 | 9,99 | 30 | 75 |
| 4000 Hz | 64,6 | 8,78 | 50 | 80 |
| Oreille la moins bonne | | | | |
| 500 Hz | 30,0 | 18,74 | 5 | 70 |
| 1000 Hz | 33,5 | 22,13 | 10 | 90 |
| 2000 Hz | 56,6 | 15,80 | 30 | >95 |
| 4000 Hz | 64,8 | 17,59 | 40 | >95 |

Les travailleurs provenaient des différents secteurs d'emploi suivants:

- Produits métalliques: 13
- Mines et carrières: 13
- Forêts et scieries: 8
- Produits du bois: 10
- Produits chimiques et plastiques: 3
- Construction: 1

On comptait 15 travailleurs déjà indemnisés pour leur surdité, et 31 ayant entrepris des démarches de réclamation. Deux participants n'envisageaient pas de recourir à une procédure de réclamation pour leur surdité. Lors de l'adhésion au programme de réadaptation, 8 participants sur 48 possédaient une ou deux prothèses auditives; cependant, un seul d'entre eux portait ses prothèses de façon régulière.

## 3.3 But et objectifs des rencontres

Une description détaillée et exhaustive des objectifs et des activités élaborées pour les atteindre est exposée dans le Guide de formation. Nous n'en ferons ici qu'une énumération afin de faciliter la compréhension des différentes étapes suivies et de l'évaluation qui en a été faite.

### 3.3.1 But de la session

Le but de la session était d'amorcer une démarche de recherche de solutions aux problèmes causés par la surdité.

### 3.3.2 Objectifs de la session

Le programme comportait trois grands objectifs:
( 1 ) Offrir un soutien psycho-social pour aider à composer avec les conséquences de la surdité;
( 2 ) Permettre de comprendre le problème d'audition;
( 3 ) Développer de nouvelles habiletés pour composer avec les conséquences de la surdité.

### 3.3.3 Activités privilégiées

Les diverses activités réalisées au cours d'une session ont été structurées en tenant compte de différents impératifs: soit de maximiser la participation active des gens, de maintenir l'intérêt, d'établir une progression dans la démarche vers les aspects les plus chargés émotivement et ce, tout en cherchant à atteindre les différents objectifs énoncés plus haut. C'est pourquoi la session comportait plusieurs activités visant à atteindre un même objectif comme l'indique l'énumération qui suit:
pour l'atteinte du premier objectif:
(a) questionnement systématique auprès des travailleurs, d'une part, et des conjointes, d'autre part, concernant les principales difficultés vécues à cause de la perte d'audition;
(b) mise en commun systématique lors du retour pour chacune des activités.
Pour l'atteinte du deuxième objectif:
information sur:
- la structure et le fonctionnement du système auditif;
- le processus d'apparition de la lésion causée par le bruit à l'oreille interne;
- les incapacités auditives associées à la perte d'audition due au bruit;
- l'objectivation de la perte d'audition: l'audiogramme;

- les effets de stress liés à l'exposition au bruit et à la surdité;
- les acouphènes.

Pour l'atteinte du troisième objectif:

(a) information sur les moyens technologiques disponibles pour l'écoute du téléphone, de la télévision, pour la conversation en automobile, et pour toute situation difficile d'écoute et de communication: précisions quant à leurs avantages et inconvénients respectifs ainsi qu'aux coûts d'achat, aux fournisseurs;
(b) essai de ces moyens technologiques de manière à en expérimenter les bénéfices;
(c) examen des principales stratégies facilitant la communication pour les malentendants;
(d) présentation d'un modèle, essai et feedback sur l'utilisation de ces stratégies de communication;
(e) sensibilisation à la relaxation et, dans le cas de rencontres hebdomadaires (voir: parag. 3.4.1), essai de la technique de relaxation progressive de Jacobson;
(f) sensibilisation à l'affirmation de soi, afin d'être en mesure d'informer son entourage de sa surdité et de faire des demandes d'accommodements;
(h) présentation d'un modèle d'affirmation de soi en rapport avec la surdité, essai et feedback sur l'expérience de formuler une demande.

## 3.4 Modalité de réalisation des rencontres

Les sessions de réadaptation se sont déroulées selon deux formules distinctes, l'une, intensive et l'autre, hebdomadaire. Elles ont eu lieu dans six régions différentes de la province. A la fin des rencontres, une évaluation était faite auprès des participants et une autre, auprès des intervenants présents. Au terme d'un suivi étalé sur 3 mois, une nouvelle évaluation était faite auprès des participants. Les données ainsi recueillies sont traitées aux chapitres 5 et 6 du présent rapport.

### 3.4.1 Déroulement

Formule intensive

La formule intensive consistait en une rencontre d'une journée et demie, subdivisée en trois blocs de 2.30 heures chacun, incluant une pause de 20 minutes. Elles avaient lieu le samedi, entre 9.30heures et 16.00heures et le dimanche, entre 9.30heures à 12.00heures.

Cette modalité intensive a été suivie dans trois CLSC de régions différentes du Québec, soit:
- dans les Cantons de l'Est, au CLSC Fleur de Lys à East-Angus;
- en Abitibi, au CLSC Le Partage des Eaux à Rouyn-Noranda;
- au Lac St-Jean, au CLSC Les Prés Bleus à Roberval.

Formule hebdomadaire

La formule hebdomadaire consistait en quatre rencontres de deux heures chacune, incluant une pause de 20 minutes. Elles avaient lieu pendant la soirée, habituellement entre 19.00heures et 21.00heures. Les trois premières rencontres étaient consécutives, la quatrième ayant lieu après une pause d'une semaine. La session se déroulait donc sur une période de cinq semaines. Cette modalité hebdomadaire a été suivie dans trois régions différentes du Québec, soit:
- dans les Cantons de l'Est, au CLSC Haute-Yamaska à Granby;
- dans la région de Lanaudière, au CLSC d'Autray à Berthierville;
- dans le Montréal métropolitain, au CLSC Longueuil-est à Longueuil.

Pour la tenue de la dernière rencontre hebdomadaire, nous proposions aux participants d'inviter des proches, parents ou amis, afin d'élargir le cercle de personnes sensibilisées aux

problèmes liés à la surdité. Cette procédure offrait en outre l'occasion de récapituler l'information transmise lors des trois premières rencontres.

Le programme détaillé de ces sessions de réadaptation est décrit dans le Guide de formation.

### 3.4.2 Le Suivi

Un suivi était assuré pour tous les participants et participantes sur une période de trois mois:
- un mois après la fin de la session, un rappel écrit était fait par les deux animateurs de la session concernant l'information transmise durant la session et l'engagement pris au terme des rencontres;
- deux mois après la fin de la session, un rappel téléphonique était effectué par les infirmiers-es du CLSC concernant la tenue d'une rencontre de retour;
- trois mois après la fin de la session, une rencontre de groupe était organisée par les infirmiers-es du CLSC avec tous les participants et les deux animateurs.

### 3.4.3 Rencontre de retour

Pour cette dernière rencontre, qui avait lieu trois mois après la fin d'une session, les intervenants du CLSC veillaient à ce que soient remplis par les participants les documents suivants:
- le questionnaire de handicap (voir: Appendice1);
- un bref questionnaire sur l'utilisation des aides technologiques (voir: Guide de formation);

Pour la rencontre proprement dite, une grille de questions avait été élaborée; elle est reproduite dans le Guide de formation.

Cette rencontre de retour avait un but de soutien et d'évaluation et comportait quatre objectifs spécifiques:
(1) offrir un soutien psycho-social en permettant aux gens de se rencontrer de nouveau, d'échanger entre eux et avec les animateurs sur leur cheminement depuis la tenue de la session;
(2) répondre à toutes questions soulevées depuis la session en rapport avec les connaissances acquises ou les moyens d'aide expérimentés;
(3) vérifier si les engagements pris au terme de la session avaient été tenus et, dans la négative, en connaître les motifs;
(4) identifier les changements de comportements tant chez les travailleurs que chez les conjointes.

Une discussion de groupe permettait de répondre aux trois premiers objectifs. Pour atteindre le quatrième objectif, on consignait les réponses aux deux questionnaires mentionnés plus haut, et on animait un échange avec les travailleurs, d'une part, et avec les conjointes, d'autre part. Les questions qui gouvernaient cet échange étaient les suivantes:
"Qu'est-ce qui a changé depuis nos rencontres?"
"Est-ce qu'on se voit autrement?"
"Est-ce qu'on se sent autrement?"
La rencontre de retour était conclue par une mise en commun des résultats des échanges avec les travailleurs et avec les conjointes.

## 3.5 Interventions visant le réseau des services de santé

Bien que la présente étude ait eu pour objet principal de mettre au point un programme d'intervention auprès des personnes directement affectées par la surdité professionnelle, nous avons mené parallèlement un certain nombre d'interventions auprès des autres cibles identifiées par notre modèle décrit à la Figure 3. Celles-ci se sont adressées principalement au réseau des services de santé et à la population en général.

En ce qui concerne le réseau, nous avons informé la Fédération des CLSC de la démarche entreprise dans la présente étude afin de sensibiliser cet organisme à la problématique de la surdité professionnelle, à nos objectifs d'intervention et aux modalités de réalisation du programme dans le cadre des activités de certains CLSC. Suite à cette démarche, nous avons été invités à participer au Colloque provincial des infirmiers et infirmières en santé et sécurité du travail des DSC et CLSC, tenu en avril 1989; près d'une centaine de professionnels ont ainsi participé aux ateliers que nous avons menés sur le programme de réadaptation des personnes atteintes de surdité professionnelle. De plus, au terme des 6 sessions de réadaptation réalisées dans le cadre de la présente étude, nous avons pris contact avec le comité de formation/information du regroupement des infirmiers et infirmières en santé et sécurité du travail des CLSC. Cette démarche a donné lieu à la mise en oeuvre d'un sondage auprès des membres du regroupement concernant la pertinence d'une formation sur l'application du programme de réadaptation.

On doit ajouter que, dans chaque CLSC où avait eu lieu une session de réadaptation, deux infirmiers ou infirmières ont assisté aux rencontres avec les travailleurs et leurs conjointes. Chacun-e a affirmé que cette expérience avait modifié sa perception de la problématique de la surdité professionnelle et qu'elle avait eu un impact sur les autres interventions menées à l'intention des travailleurs exposés au bruit.

De plus, dans la phase d'étude des modalités d'application du présent programme par des intervenants en CLSC, 6 infirmières ont bénéficié d'une formation et d'une supervision pour la réalisation des sessions de réadaptation (voir chapitre 6).

Par ailleurs, le Service de santé curatif de la Direction de la programmation médicale de la CSST a été informé de la réalisation de la présente étude ainsi que des données de base sur lesquelles elle est fondée. Cette démarche a donné lieu à une demande de participation à un comité de travail pour la définition d'un cadre d'interventions curatives à l'intention des personnnes atteintes de surdité professionnelle. De plus, nous avons sensibilisé la Vice-présidence des services aux bénéficiaires de la CSST à la problématique et aux besoins particuliers des personnes victimes de surdité professionnelle. Cette démarche nous a conduit à participer à deux rencontres de groupes de bénéficiaires des services de la CSST réalisées dans le cadre d'une étude de besoins. A cette occasion, nous avons mis à la disposition des participants notre système d'amplification sonore, contribuant par le fait même à sensibiliser des intervenants de la CSST à l'importance de recourir à un telle aide pour faciliter la communication avec les bénéficiaires. Dans cette perspective, nous avons également proposé d'offrir une formation aux agents de réparation concernant la communication avec des personnes malentendantes.

## 3.6 Interventions visant la population en général

Afin de faire connaître à la population la problématique de la surdité professionnelle et de contribuer à faciliter l'intégration sociale des personnes qui en sont victimes, des interventions médiatiques (article dans le journal local et entrevue radiophonique ou télévisée) ont été réalisées à la suite de chacune des 6 sessions de réadaptation. Dans un cas, la tenue d'une conférence de presse a donné lieu à la publication de 6 articles dans des journaux locaux et régionaux. Dans un autre, un participant à la session s'est exprimé sur les difficultés d'audition des personnes atteintes de surdité professionnelle lors d'une entrevue télévisée diffusée sur le réseau communautaire.

Parallèlement, durant la réalisation de la présente étude, nous avons nous-mêmes participé à 6 émissions de télévision diffusées sur les grands réseaux québécois (Radio-Canada, Radio-Québec, CFCF, Quatre-Saison, Vidéotron) pour traiter de la problématique de la surdité professionnelle. Enfin, une conférence publique dans le cadre des conférences Hydro-Québec "Environnement et santé" traitant de la surdité due au bruit (Novembre 1989) a donné lieu à une série d'entrevues à la radio et à télévision sur cette question.

# 4. Evaluation des résultats des interventions

Rappelons que le but du programme était d'amorcer une démarche de recherche de solution aux problèmes causés par la perte d'audition et que les objectifs spécifiques étaient les suivants:
- offrir un soutien psycho-social permettant de composer avec les conséquences de la surdité;
- permettre de comprendre la nature du problème de la surdité;
- permettre d'acquérir des habiletés nouvelles afin de minimiser les conséquences de la perte d'audition.

Compte tenu du calendrier de ce projet, l'évaluation a dû être effectuée dans un délai relativement court, c'est-à-dire après environ 3 mois après la fin des rencontres. Dans ce contexte, on peut qualifier d'effets à court terme les changements rapportés ou observés lors des retours auprès des 6 groupes. On dispose de trois sources d'information pour décrire ces changements: (a) les réponses au questionnaire de désavantages psycho-sociaux associés à la surdité, (b) les réponses au questionnaire sur les démarches entreprises suite aux rencontres et (c) les échanges qui ont eu lieu lors de la rencontre d'évaluation.

## 4.1 Réponses au questionnaire de désavantages psycho-sociaux associés à la surdité

Le questionnaire de désavantages psycho-sociaux associés à la surdité (Appendice 1) a été complété par les travailleurs, accompagnés de leur conjointe, avant les rencontres et environ trois mois après celles-ci. Cet instrument est essentiellement une mesure de la conscience du problème d'audition.[8] Globalement, on n'obtient pas de différence statistiquement significative entre le score global pré- et post-intervention. Toutefois, des différences significatives au seuil de 0,05 ont été relevées à l'issue d'un test "t" sur les résultats à 4 questions:
- la sévérité du problème (Q. 1) est jugée comme étant plus faible après l'intervention ($t = -3,5$; $n = 31$; $p < 0,01$);
- le changement dans les activités de loisirs résultant de la surdité (Q. 7) est perçu comme étant plus important après l'intervention ($t = 1,83$; $n=31$; $p < 0,05$);
- l'impression de se sentir mis de côté dans les groupes à cause du problème d'audition (Q. 10) est accrue après la participation aux rencontres ($t = 2,11$; $n=31$; $p < 0,05$);
- la télévision, écoutée au niveau confortable pour le travailleur, est jugée comme dérangeant ou agaçant moins l'entourage (Q. 17) après l'intervention ($t = -2.54$; $n=28$; $p < 0,05$).

Il est difficile d'interpréter ces résultats sans recourir au discours-même des participant-e-s, lequel est analysé au paragraphe 4.3. En effet, deux conséquences du problème d'audition sont perçues comme plus aigües suite aux rencontres tandis que la sévérité du problème est jugée globablement comme étant moindre. On peut se limiter ici à dire que l'effet recherché, soit la diminution du handicap associé à la surdité, est effectivement atteint, mais la conscience de conséquences particulières du problème est accrue. Par ailleurs, la réponse à la question de l'écoute de la télévision à volume élévé suggère que les conjointes sont plus tolérantes à l'égard de cette situation sans que d'autres recours (i.e. l'usage d'une aide technologique) aient été utilisés pour éviter cette situation. Il s'agit là d'un effet non recherché par le programme d'intervention.

L'analyse individuelle des réponses au questionnaire montre des changements parfois considérables tant dans le sens d'une plus grande sévérité du problème que dans le sens inverse. Nous avons tenté sans succès d'identifier certaines caractéristiques des répondants qui avaient montré les changements les plus marqués dans un sens comme dans l'autre au score total du questionnaire. Ainsi, 33 % des répondants ont montré une augmentation de plus de 9 points (sur un total possible de 130) tandis que 16 % des répondants ont montré une baisse de 9 point ou plus. L'âge, la sévérité de la perte d'audition, le score pré-intervention étaient tout à fait

comparables. Dans l'état actuel des données dont on dispose, il n'est pas possible de préciser les facteurs déterminants de tels changements. On peut seulement poser les hypothèses suivantes: d'une part, la participation au groupe de réadaptation a contribué le plus souvent à une meilleure compréhension des difficultés auditives et, partant, à une plus grande conscience de celles-ci (tendant à augmenter le score total au questionnaire); d'autre part, chez certains, la conscience accrue a pu jouer soit comme moteur d'une négation encore plus forte de l'importance des difficultés ou encore comme aide à les solutionner.

## 4.2 Démarches entreprises suite à la participation aux rencontres

Quelques jours avant la rencontre d'évaluation, les participant-e-s ont été contacté-e-s par téléphone pour répondre à un court questionnaire concernant les démarches entreprises depuis leur participation au groupe de réadaptation. L'infirmier-ère du CLSC identifiait à cette occasion les aides technologiques qui avaient été acquises dans l'intervalle. Les informations recueillies sont résumées au Tableau II.

**Tableau II.** Nombre de travailleurs ayant entrepris différentes démarches suite à leur participation aux rencontres.

| Démarche | nombre de travailleurs |
|---|---|
| Examen audiologique en vue - d'une réclamation à la CSST - d'une demande d'aides technologiques | 10 |
| Réajustement de la prothèse auditive | 2 / 6 |
| Utilisation plus régulière de la prothèse | 2 / 6 |
| Acquisition d'une prothèse auditive | 3 / 42 |
| Acquisition d'un amplificateur de téléphone | 10 / 48 |
| Demande d'aides technologiques à la CSST (2 refus sur 3) | 3 / 48 |

Comme l'indique le Tableau II, la démarche la plus commune a été de solliciter un examen audiologique complet dans le but de déposer une réclamation à la CSST; pour la plupart d'entre eux, cette démarche visait à se procurer des aides technologiques sans devoir en défrayer les coûts. L'autre démarche la plus fréquente était l'installation d'un amplificateur d'appareil téléphonique dont on sait que le coût est très minime. Les commentaires de ceux qui en avaient fait l'acquisition exprimaient beaucoup de satisfaction: "*c'est pas disable comme c'est merveilleux; maintenant je réponds au téléphone...*"

Peu de participants ont effectivement fait l'acquisition d'une prothèse auditive, ne se sentant pas prêts à afficher leur surdité à leur entourage. Toutefois, au moins 2 des 7 participants qui avaient déjà une prothèse ont affirmé qu'ils l'utilisaient de façon beaucoup plus soutenue suite aux rencontres de réadaptation. D'autres ayant pris conscience du mauvais

rendement de leur prothèse ont entrepris de la faire réajuster, soit en faisant remplacer un embout inadéquat soit en faisant l'essai d'un autre modèle. Enfin, 3 travailleurs, au moment de faire une réclamation à la CSST pour surdité professionnelle, avaient fait la demande d'une prothèse auditive et d'une batterie d'aides technologiques (pour la sonnerie du téléphone, pour l'écoute de la télévision, etc.); ils ont effectivement obtenu une prothèse. Par contre, 2 d'entre eux se sont vus refuser l'accès aux autres aides technologiques.

En somme, des démarches ont été entreprises par plusieurs participants, mais l'acquisition d'aides technologiques ne concerne qu'une minorité, du moins au moment d'effectuer cette évaluation. Ce résultat est lié en partie au coût élevé des aides et, par conséquent, à l'issue des démarches entreprises pour que celles-ci soient éventuellement défrayées par la CSST (démarches impliquant des délais souvent importants). Ce résultat est aussi lié à la signification de l'utilisation de ces aides. C'est ce que nous avait révélé la réaction des travailleurs lors de leur essai au cours des rencontres (voir parag. 7.4). La majorité d'entre eux avaient alors indiqué qu'ils en ressentaient bien les avantages mais qu'ils ne se voyaient pas les utiliser parce qu'*"on n'est pas prêt à montrer qu'on est sourd"*. Et cette réaction a été réitérée par plusieurs lors de la rencontre d'évaluation. Autrement dit, les freins à l'utilisation des moyens technologiques de suppléance viennent de leur coût mais aussi et surtout de la peur d'être stigmatisé.

On doit mentionner que, chez les participants qui ont fait l'acquisition d'une prothèse auditive entre le moment des rencontres et celui de l'évaluation, des changements majeurs ont pu être observés et rapportés. Outre le fait qu'ils ont éprouvé une vive émotion à redécouvrir des éléments de l'environnement sonore, la facilitation de l'écoute et de la communication dans bon nombre de situations apparaissait comme très satisfaisante. Le comportement de ces personnes dans le groupe était d'ailleurs changé (radicalement, dans un cas): participation accrue, interactions plutôt que monologues, présence aux expressions des autres. La conjointe s'en trouvait également très satisfaite non seulement parce que la communication était facilitée, mais aussi parce que la voix de son époux n'était plus agressante non plus que le son du téléviseur et parce que le conjoint avait recouvré une certaine autonomie (usage du téléphone, interaction en groupe, déplacement dans les aires de circulation automobile, etc.).

Toutefois, les nouveaux usagers de prothèses ont souligné les efforts d'adaptation que cela exigeait. Réapprendre à écouter, apprendre à ajuster le gain de la prothèse en fonction des situations d'écoute, tolérer d'entendre des bruits auparavant inaudibles ou non gênants, tolérer l'inconfort suscité par la présence de l'embout dans l'oreille, en particulier pendant les périodes de chaleur, etc. Ces observations confirment bien que l'utilisation de la prothèse passe par un apprentissage et nécessite un soutien et une information appropriée de même qu'un temps non négligeable d'adaptation.

En résumé, l'utilisation de la prothèse auditive semble contribuer à solutionner plusieurs difficultés auditives chez les travailleurs atteints de surdité, mais la plupart d'entre eux éprouvent une grande réticence à y recourir par peur d'être stigmatisés comme étant sourd ou âgé.

Il est toutefois remarquable que la réticence face aux aides ait été nettement moins forte lors de la rencontre d'évaluation précisément dans le groupe qui avait montré le plus de malaise à cet égard. Alors que durant les rencontres, aucun travailleur de ce groupe ne portait les écouteurs du système d'amplification de groupe, lors de la rencontre d'évaluation, tous les ont utilisés. C'est dire que, dans l'intervalle, un changement s'est produit et que les travailleurs peuvent avec le temps apprivoiser en quelque sorte ces appareils et s'habituer à l'idée de se voir les utiliser.

## 4.3 Les échanges qui ont eu lieu lors de la rencontre d'évaluation

La rencontre d'évaluation a permis de recueillir des informations principalement à partir de la question suivante: "*qu'est-ce qui a changé dans votre vie depuis la participation aux rencontres?*" Les réponses recueillies auprès de tout le groupe d'abord puis, séparément auprès des travailleurs et des conjointes se résument autour de deux grands thèmes: a) une conscience accrue du problème et (b) une plus grande confiance en soi. Nous avons également recueilli des informations sur "ce qui n'a pas changé" suite aux rencontres.

### 4.3.1 Conscience accrue du problème d'audition

En l'absence de toute intervention, le problème d'audition n'est généralement pas perçu comme tel ou alors de façon très diffuse et il ne fait l'objet d'aucun échange avec l'entourage. Suite à la participation aux rencontres, on pouvait observer un changement considérable à cet égard. La majorité des travailleurs ont rapporté spontanément qu'ils étaient maintenant beaucoup plus conscients de la nature et des conséquences de leur problème d'audition, tout en comprenant son origine:

"*on est plus conscient du problème*"
"*on comprend mieux ce qui nous arrive*"
"*on se rend plus compte de nos problèmes*"
"*on réalise plus ses difficultés, tout ce que le problème d'audition a changé dans notre vie*"
"*on réalise que c'est pas juste une question d'âge*"
"*on sait de quoi ça dépend, comment c'est arrivé*"
"*on comprend maintenant pourquoi ça se passe comme ça, on sait mieux comment réagir*".

Certains ont affirmé qu'effectivement, avant de participer aux rencontres, ils n'attribuaient pas à une perte d'audition leurs difficultés dans les conversations en groupe ou leur difficulté à comprendre dans les assemblées, etc. Le fait d'en être conscient a évacué un malaise quant à la perception d'eux-mêmes et a rendu prévisibles et acceptables pour eux les situations incapacitantes; par exemple, un travailleur membre du comité de santé et de sécurité de l'usine qui l'emploie a réalisé pourquoi il avait tant de difficultés à suivre la discussion lors des réunions et pourquoi il devait constamment s'appuyer sur les documents pour comprendre le sujet discuté. Dans son cas, la compréhension de la nature de son problème l'a conduit à l'expliquer à son entourage et à solliciter des accommodements appropriés: il demande aux gens de le regarder quand ils parlent de façon à lui faciliter la lecture d'expression. La conscience du problème a entraîné chez un autre de faire les démarches nécessaires pour être affecté à un poste de travail beaucoup moins bruyant. Dans un autre cas, cela s'est traduit par des démarches pour obtenir une prothèse auditive et ce, malgré le désaccord de sa conjointe qui, fait exceptionnel, craignait pour l'image sociale de son mari. Dans un cas, la conscience accrue de son problème d'audition a eu pour effet de le rendre plus sensible à l'égard des effets du bruit au travail, augmentant par le fait même le stress et la fatigue liée à l'exposition au bruit. Ceci indique l'intérêt de conjuguer les interventions en vue d'assainir l'environnement de travail et celles qui visent à faciliter une réinsertion sociale des travailleurs affectés de surdité professionnelle.

En général, la conscience du problème ne s'est pas nécessairement traduite de façon tangible par des actions pour diminuer les conséquences des incapacités auditives, si l'on excepte le fait de le révéler à l'entourage (voir parag. 4.3.2) et les démarches mentionnées plus haut. Mais, dans tous les cas, cette conscience semble avoir contribué à diminuer un malaise tantôt diffus, tantôt aigu relativement aux difficultés auditives.

Pour les conjointes, cette meilleure compréhension du problème se traduit principalement par des accommodements plus satisfaisants:

"*Je ne crie plus; je me déplace*"

*"Maintenant que je comprends son problème, je ne lui parle plus d'une pièce à l'autre"*
*" Maintenant, je ne crie plus"*
*"Quand le téléphone sonne, je baisse la TV ou le radio"*
*"Je me place pour qu'il me voit"*
*"Quand je vois qu'il n'a pas compris, je répète sans qu'il le demande; c'est quand même fatiguant à la longue"*
*"Je ne crie plus; je me fâche moins. Quand il est au sous-sol, j'allume et j'éteins la lumière"*.

En d'autres termes, le fait de connaître les situations incapacitantes assure un certain contrôle sur celles-ci et permet de les éviter. La seule compréhension de la nature du problème a manifestement facilité l'interaction dans un très grand nombre de couples et soulagé la conjointe de certains "irritants" quotidiens résultant des difficultés auditives de son époux.

A ces changements s'ajoute celui, peut-être plus fondamental, d'introduire explicitement la surdité dans le champ de conscience commun au couple, favorisant une meilleure compréhension mutuelle. Ainsi, par exemple, plusieurs conjointes ont rapporté qu'après les rencontres, leur mari leur expliquait pourquoi il n'avait pas le goût de participer à des sorties au lieu de simplement dire qu'ils ne voulaient pas de telles sorties; ou encore ils parlaient des difficultés qu'ils éprouvaient lors de ces sorties au lieu de simplement exprimer leur impatience ou leur insatisfaction. Cette conscience commune s'est traduite dans quelques cas par une négociation explicite de certains accommodements. Par exemple, le mari monte le volume de la télévision seulement pour écouter les nouvelles, l'émission la plus importante pour lui (notons que cet accommodement, bien que peu satisfaisant pour lui, est préféré à celui de se procurer une aide technologique).

De plus, plusieurs conjointes ont rapporté que leur mari avait parlé de leur surdité avec leurs enfants et qu'elles-mêmes pouvaient y faire allusion fréquemment, banalisant en quelque sorte la situation. Ceci semble faciliter la communication dans toute la famille:

*"Maintenant que les enfants le savent, on est plus souvent ensemble"*
*"Il parle beaucoup plus de la surdité; il blague même à ce sujet. C'est maintenant une partie de notre conversation courante, avec les enfants, même avec des amis..."*

Ajoutons que la compréhension de la nature du problème de la part des conjointes a permis à plusieurs d'entre elles de moins porter la responsabilité de faciliter la participation de son époux à des situations de groupes; certaines ont dit explicitement avoir cessé d'avertir l'entourage du problème de leur mari, d'avoir cessé de l'excuser auprès des autres, de ne plus se préoccuper constamment de sa situation lors de sorties ou de fêtes: *"J'ai cessé de tout me mettre sur les épaules"*.

### 4.3.2 Confiance en soi accrue face au problème d'audition

Le fait d'être plus conscient des difficultés et de leurs conséquences incite à penser que les participants aux groupes de réadaptation en sont sortis plus sensibles et plus affectés par le problème. C'est bien ce que suggèrent les réponses au questionnaire de désavantages données par certains d'entre eux. Cela était en effet le cas pour au moins deux participants: l'un d'eux déplorait de voir toutes ses difficultés; l'autre rapportait que le bruit à son travail le dérangeait davantage depuis qu'il comprend ce que cela occasionne de changements dans sa vie. Toutefois, ce dernier participait de façon beaucoup plus active à la discussion du groupe lors du retour et n'apparaissait plus terrorisé à l'idée de montrer son incapacité auditive.

En fait, la donnée la plus saillante de toutes les rencontres d'évaluation était l'expression, sous diverses formes, d'une plus grande confiance en soi face aux difficultés d'audition. Le tout

premier signe venait de l'expression non-verbale de la part des travailleurs. Ils étaient manifestement plus expansifs, plus animés, plus loquaces pour la plupart et, dans quelques cas, ce changement était d'autant plus apparent qu'il était inattendu.

L'autre source d'expression de ce phénomène venait du discours-même des travailleurs réunis à l'écart des conjointes. En répondant à la question "qu'est-ce qui a changé dans votre vie depuis les rencontres?", la réponse la plus fréquente et, dans certains groupes, unanime, était précisément cette plus grande confiance en soi:

"*On est tellement plus confiants*"
"*Ça gêne moins de le dire*"
"*On se sent plus confiants parce qu'on sait ce qu'on a... parce qu'on sait pourquoi les choses se passent comme ça... parce qu'on a des moyens*".

Cette impression était associée non seulement à la compréhension de la nature du problème mais aussi à la connaissance de certains moyens d'adaptation: "*c'est comme si tu nous avais dit par quel bout prendre la canne pour marcher...*"

Ce constat a été systématiquement corroboré et développé plus en détails par les conjointes interrogées séparément:

"*Il a plus confiance en lui*"
"*Il s'affirme plus*"
"*Il se sent plus à l'aise; il se sent compris et appuyé*"
"*Ils sont plus à l'aise; ils mettent plus leur orgueil de côté*"
"*Il a une plus grande confiance en lui; il va plus vers les gens, il se retire moins. Il est moins dans un monde à part. Ça a l'air drôle à dire, mais c'est comme s'il était plus évolué...*"

D'ailleurs, cette confiance accrue est traduite par le fait de révéler sa surdité à un certain nombre de personnes de l'entourage: à la parenté, à des amis, à des personnes qui dispensent différents services (en utilisant dans certains cas la communicarte), de même qu'à des collègues de travail. La peur du stigmate dans ce contexte apparaissait clairement diminuée. Par exemple, l'un d'eux disait avec assurance: "*Il faut le dire; c'est pas honteux. On ne l'a pas attrapé en faisant des folies...*" Quelques uns rapportent avoir été invités par leurs collègues de travail à donner des explications sur ce qu'ils ont appris lors de la session. Le fait de révéler sa surdité par ce biais à des collègues a toutefois été peu aidant. Pour certains, cela a plutôt suscité des blagues très agressantes, en particulier de la part de travailleurs plus jeunes. Pour plusieurs, cela n'a pas provoqué de réactions stigmatisantes contrairement à ce à quoi ils s'attendaient. Mais, la réaction a alors été "*de ne pas poser de question*". Par exemple, l'un d'entre eux a utilisé la communicarte comme moyen d'entrer en matière; il rapporte l'effet suivant: "*A l'usine, la communicarte, ça provoque un malaise. Les patrons te parlent pas. C'est peut-être parce qu'ils ont peur, parce qu'ils savent pas quoi faire.*" Ou encore était-ce par pudeur masculine face à une difficulté personnelle révélée, ou par besoin d'échapper le plus vite possible à la confrontation avec les conséquences de l'exposition au bruit? Cette question mérite certainement d'être examinée dans le cadre de futures interventions.

L'autre type de changements associé à une plus grande confiance en soi concerne le recours à divers moyens de suppléances: s'approcher de l'interlocuteur et regarder son visage en tâchant de lire sur les lèvres, faire répéter, arriver plus tôt dans les soirées et choisir la meilleure place pour comprendre ce qui est dit, expliquer sa difficulté et demander de parler plus lentement, suivre une seule conversation dans un groupe, etc. Il s'agit donc principalement des moyens qui ne font pas appel à des aides technologiques: "*Fixer le monde, c'est un inconvénient, c'est embêtant, c'est fatiguant, mais moins que de porter une prothèse. Il faut être vieux pour porter une prothèse!*".

En somme, on dispose de nombreux indices comme quoi les objectifs fixés au départ ont été atteints. Le soutien offert par la mise en commun et l'expression des difficultés vécues a contribué à diminuer l'isolement et l'impact négatif de la surdité sur l'image de soi. L'information sur la nature du problème a, à l'évidence, permis d'en prendre mieux conscience et d'en prévoir sinon d'en prévenir les conséquences. L'acquisition de certaines habiletés a permis aux participants de suppléer à leurs incapacités dans un certain nombre de circonstances ainsi qu'à solliciter à la fois des accommodements et une certaine acceptation de la part de l'entourage. Les conjointes ont vu plusieurs de leurs désavantages diminués en particulier celles qui concernent les situations de communication dans la famille et lors des sorties.

## 4.4 Les dimensions du problème qui n'ont pas changé

Le programme expérimental avait essentiellement pour but d'amorcer une démarche de recherche de solution aux problèmes d'audition chez des gens qui les vivaient de façon passive, dans un état d'impuissance et d'isolement. Nous ne nous attendions évidemment pas à ce que tous les problèmes soient résolus par cette seule intervention. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les participants soient encore au prise avec plusieurs de leurs difficultés après avoir participé aux rencontres. Celles-ci ont été examinées explicitement lors de la rencontre d'évaluation de sorte que l'on peut dresser un tableau des principales dimensions du problème d'audition qui sont restées inchangées.

La première de ces dimensions est à l'évidence le manque de recours aux moyens technologiques de suppléance. Peu de participants étaient prêts à se procurer une prothèse auditive et ce, même s'ils en reconnaissaient les avantages et même s'ils nommaient clairement les désavantages de ne pas y recourir. Par exemple, un participant très actif dans un club social a préféré en refuser la présidence à cause de sa surdité plutôt que de se procurer une prothèse; la même personne se prive d'écouter la télévision pour ne pas incommoder sa conjointe. Le problème de l'écoute de la télévision est d'ailleurs resté important pour la majorité des participant-e-s. En les requestionnant sur le pourquoi de l'inaction face aux aides technologiques, on retrouve imbriqués au moins trois facteurs:
(1) d'abord la peur d'afficher sa surdité: "*Si j'ai un appareil sur mon téléphone et quelqu'un vient chez moi et le voit, il pourrait dire "t'es sourd, le bonhomme" et ils vont m'agacer*".
(2) un autre facteur, plus difficile à appréhender, est lié au deuil d'une capacité ou encore à l'expérience d'une perte d'intégrité physique: "*On serait d'accord pour s'acheter une aide, mais de là à poser une action pour le faire, c'est très différent. Ça veut dire que si je téléphone à une agence pour avoir un appareil, c'est parce que j'en ai besoin. Il faut vraiment que j'admette mon problème.*" Un travailleur d'un autre groupe disait:"*ça mettrait en évidence qu'on a un vrai problème; on ne peut plus le nier.*" La reconnaissance d'une incapacité irrémédiable signifie d'ailleurs explicitement pour certains la confrontation avec leur finitude, c'est-à-dire le vieillissement et la mort.
(3) enfin, comme l'ont signifié plusieurs participants, le recours à une aide technologique suppose un processus de changement qui exige un temps. Ainsi, le travailleur qui, lors de la session, avait le plus ouvertement insisté pour dire qu'il n'avait, somme toute, aucune incapacité en venait, trois mois plus tard, à dire avec un humour convenu: "*Il y a des mots que je ne comprends pas à la télévision. C'est peut-être ma télé qui n'est pas de bonne qualité...*" Un autre termine une explication sur la peur d'être stigmatisé en disant: "*On va en venir là, mais ça prend du temps.*" Dans ce contexte, il nous est apparu que la plupart des travailleurs avaient effectivement changé d'attitude à l'égard de leurs incapacités et des désavantages qui en résultent, mais que ce changement n'avait pas encore pu se traduire par l'utilisation de moyens tangibles de suppléance. Les changements de comportements se sont surtout manifestés, à ce stade, dans le fait de révéler sa surdité à l'entourage et de recourir à des stratégies d'écoute.

Une deuxième dimension du problème qui a été idientifiée par plusieurs comme ayant peu changée concerne les sorties et les soirées en groupe. Il s'agit d'une des situations les plus problématiques et les solutions passent davantage par des actions susceptibles de modifier l'activité: s'isoler du bruit et, par conséquent du groupe, pour avoir une conversation avec une seule personne, ou encore tenter de suivre la conversation en demandant de répéter, en devinant et en lisant sur les lèvres, tentatives qui exigent des efforts de concentration peu compatibles avec une activité de détente. Même les participants qui s'étaient procurés une prothèse auditive éprouvaient de sérieuses difficultés dans ces situations. Il faut noter toutefois que, pour eux, il est éventuellement possible qu'ils développent avec le temps de nouvelles habiletés d'écoute dans le bruit en utilisant la prothèse.

En troisième lieu, chez 4 participants fortement gênés par des acouphènes, la situation n'avait pas substantiellement changé. L'un d'eux pouvait noter que les acouphènes étaient plus sévères les jours de forte exposition au bruit au travail. Un seul d'entre eux avait consulté un professionnel; il avait rencontré un médecin spécialiste dans l'espoir de bénéficier d'un traitement éventuel. La réponse brutale et aucunement aidante a été qu'il n'avait qu'à changer de travail. Lors de la rencontre d'évaluation, le travailleur avait entrepris d'autres démarches auprès d'un audiologiste pour obtenir une aide quelconque. Ce constat confirme l'importance de sensibiliser les professionnels du réseau des services de santé aux besoins des gens atteints de surdité professionnelle.

Quatrièmement, la situation du milieu de travail représentait des difficultés non résolues pour plusieurs. D'une part, la réaction des collègues de travail, particulièrement celle des plus jeunes, continuait à poser de grandes difficultés à une dizaine de participants. Certains sont carrément accusés d'être des "chasseurs de prime" parce qu'ayant réclamé une indemnité pour une surdité professionnelle. Ils étaient accusés de jouer la comédie puisqu'ils pouvaient encore entendre. D'autre part, pour certains, la difficulté venait du fait qu'aucun aménagement des lieux de travail n'a été considéré pour faciliter la communication et la transmission d'informations nécessaires à l'exécution des tâches. Cette situation, dans un milieu où une portion importante de travailleurs sont affectés de pertes d'audition, reflète une pure et simple négation de l'existence du problème du bruit et de la surdité professionnelle. Il s'agit d'une autre indication de la nécessité d'intervenir non seulement auprès de la personne atteinte mais aussi auprès des gens avec lesquels elle interagit quotidiennement.

Cinquièmement, les travailleurs identifiaient certains environnements dans lesquels ils n'avaient pas pu trouver d'amélioration en terme de conditions d'écoute. C'est le cas notamment des églises dont les systèmes d'amplification ne sont souvent pas compatibles avec la réverbération du local. Certains ont essayé sans succès différentes places, avec et sans l'usage de la prothèse. Ils n'ont cependant pas poussé plus avant leur démarche.

Enfin, quelques conjointes ont fait valoir que la communication dans le couple n'avait pas du tout changé après la participation aux rencontres. Ce constat confirmait clairement la contribution du type de communication dans le couple sur la solution aux problèmes de surdité (voir: parag. 2.3.5). Pour certains, l'information et le soutien donné lors des sessions ont radicalement changé leur interaction en ce qui a trait aux difficultés d'audition. Pour d'autres, cela n'a rien modifié. Ainsi, l'une d'elles affirmait que, de toute façon, ils n'éprouvaient vraiment pas de problèmes avant la session, les solutions ayant déjà été trouvées: une pièce insonorisée pour son mari dans laquelle il a son téléviseur, son téléphone, sa radio; et nous pourrions ajouter: sa solitude! D'autres reprochaient à leur mari de ne pas vouloir communiquer, d'être en quelque sorte ignorée, affirmant que la situation n'avait pas changé par la participation aux rencontres. Un travailleur a pour sa part dit qu'il n'avait rien changé à sa façon d'interagir avec sa conjointe tout en reconnaissant que ce devait être coûteux pour elle de devoir répéter très

souvent. Il a conclu en disant:"*A dit jamais un mot... est bien bonne!*". En somme, le problème de la surdité se conjugue avec le type de rapport entre époux et la façon dont le couple solutionne ses problèmes. Là où la communication est minimale ou là où le travailleur reste insensible aux demandes de sa conjointe de faciliter la communication, la participation aux groupes de réadaptation n'a que très peu sinon aucune influence sur cette forme d'interaction.

## 4.5 Synthèse des résultats des interventions

En somme, les rencontres de réadaptation ont effectivement permis l'amorce d'une recherche de solutions aux problèmes d'audition chez l'ensemble des participants. Les travailleurs évaluent la sévérité de leur problème comme étant moins grande. Ils sont beaucoup plus conscients de l'impact de la surdité dans leur vie quotidienne tout en se sentant davantage en mesure de composer avec celui-ci. Dans les couples, les problèmes de communication liés aux conséquences de la surdité ont, pour une grande part, été résolus par une meilleure compréhension de la nature du problème et par l'expression mutuelle des difficultés éprouvées par le travailleur malentendant et sa conjointe.

Plusieurs travailleurs ont entrepris de faire connaître leur déficience auditive à des membres de leur entourage de manière à faciliter la communication. Quelques uns ont recours à des aides technologiques, mais, pour la plupart, le stigmate associé à la surdité constitue toujours un frein pour l'utilisation des moyens de suppléance.

Les changements rapportés ont été observés après un délai relativement court à la suite de l'intervention. Il y a toutes les raisons de croire que le processus étant maintenant amorcé, il conduira à l'utilisation d'un répertoire croissant de solutions aux problèmes causés par la surdité.

# 5. Evaluation du processus d'intervention

L'évaluation des résultats des interventions, dont le but était sommatif, c'est-à-dire la vérification de l'atteinte des objectifs du programme, a été complétée par une analyse du processus, dont le but était formatif.[20] Elle a permis de dégager les éléments importants qui ont dû être pris en compte dans la mise en forme finale du programme de réadaptation. L'évaluation du processus a de plus fourni de précieuses indications pour la formation de futurs intervenants.

Cette évaluation formative a été menée dans un premier temps auprès des intervenants du milieu, qui, en plus d'avoir été présents lors des sessions de réadaptation, avaient assumé le recrutement des participants et l'organisation de la session et qui agissaient ensuite comme personne ressource. L'évaluation a aussi été faite auprès des participants eux-mêmes lors de deux sessions d'évaluation, soit une à la fin de la session et trois mois plus tard. Nous avons procédé par discussions formelles guidées d'une grille d'évaluation préalablement élaborée. Enfin, en tant qu'animateurs des sessions, nous avons nous-mêmes effectué un retour systématique après chacune des rencontres avec les différents groupes de participants.

Les données recueillies portent sur quatre aspects du processus:
(1) la procédure de recrutement;
(2) l'importance d'une intervention de groupe et de son animation;
(3) la participation des conjointes;
(4) l'organisation temporelle des interventions.

## 5.1 La procédure de recrutement

Rappelons que la réalisation du programme de réadaptation présupposait de solutionner un épineux problème de recrutement et d'adhésion. En effet, les travailleurs atteints de surdité ne sollicitent pas spontanément d'aide pour diminuer leurs difficultés d'audition. Cette situation est explicable par l'influence de l'incompréhension de la nature du problème et la réticence à le reconnaître, laquelle est elle-même déterminée par la stigmatisation de la surdité en général et de la surdité professionnelle en particulier. La stigmatisation prend la forme de marques de discrédit imposées par les collègues de travail en particulier mais aussi par des représentants des employeurs lors de la contestation, d'ailleurs systématique, des demandes d'indemnisation pour surdité et, dans plusieurs cas, par les agents d'indemnisation eux-mêmes. Nous avons, à l'évidence, résolu le problème de recrutment puisque le taux de réponses positives a été de 88%. Pour ce faire, la procédure de recrutement s'est appuyée sur trois principes: (a) recourir à une personne crédible auprès des éventuels participants, (b) impliquer la conjointe et (c) exposer en quoi les rencontres peuvent contribuer à solutionner ses problèmes d'audition.

Lors de l'évaluation, nous posions la question suivante aux travailleurs: "Qu'est ce qui vous a décidé de venir aux rencontres?" Une majorité ont répondu : "*C'est* ... (nom de l'infirmière ou de l'infirmier); *on la/le connait et on savait qu'on pouvait lui faire confiance*". Le recrutement doit à l'évidence être effectué par une personne en qui les travailleurs ont confiance. Plusieurs ont d'ailleurs insisté pour dire qu'ils auraient refusé de venir si l'invitation était venu d'intervenants de la CSST, lesquels étaient associés à des expériences pénibles vécues lors d'une demande d'imdemnisation pour surdité. Il semble donc que les infirmiers-ères en Santé au Travail des CLSC sont les professionnels du réseau des services de santé du travail les plus en mesure de rejoindre les travailleurs parce qu'étant connus-es via différentes interventions dans le milieu de travail et notamment via le dépistage de la surdité.

Par ailleurs, l'implication de la conjointe dans le processus même du recrutement a certainement eu une influence déterminante. Celle-ci nous a été révélée par les commentaires des participants mais aussi des intervenants qui ont effectué le recrutement. En effet, ces derniers ont rapporté que, dans bon nombre de cas, les travailleurs n'avaient pas abordé avec leur conjointe le sujet de l'invitation aux rencontres à la suite du tout premier contact. Ce n'était, dans la majorité des cas, qu'au moment de la rencontre du couple à son domicile que la décision de participer aux rencontres était prise. Par ailleurs, lors du tour de table initial concernant les attentes de chaque participant, plusieurs travailleurs ont dit spontanément qu'eux-mêmes n'avaient aucune attente puisque c'était leur conjointe qui avait insisté pour venir à la rencontre:

"*Moi je n'ai pas de problème; c'est ma femme, elle trouve que j'en ai.*"

"*Moi je n'ai pas de problème; je viens pour lui faire plaisir.*"

Quelques femmes ont réagi explicitement à ce qu'elles recevaient comme une négation des problèmes d'audition de la part de leur mari en faisant valoir les conséquences qu'elles devaient elles-mêmes porter. Une expression représentative de cette réplique était la suivante:

"Ah *ouil il en a des problèmes et ça m'en donne à moi.*"

Ainsi, les conjointes ont, dans un grand nombre de cas, porté la décision de participer aux rencontres, précisément parce qu'elles en attendaient des bénéfices pour elles-mêmes en réponse à un besoin davatage ressenti et exprimé par elles.

Ce dernier point indique enfin que la décision de venir aux rencontres de réadaptation ne peut être prise qu'à la condition de permettre aux gens sollicités de bien réaliser en quoi ils trouveront réponse à leurs besoins. Cela suppose que les intervenants qui les invitent (a) sachent comment communiquer avec des personnes malentendantes, (b) qu'ils soient très bien informés des conséquences de la surdité de façon à pouvoir comprendre les difficultés des gens, à pouvoir susciter la discussion sur celles-ci; ils doivent aussi être très informés des objectifs et du déroulement du programme de réadaptation afin d'être en mesure de montrer en quoi celui-ci contribuera à résoudre un certain nombre de leurs difficultés. En outre, ils doivent être capables de répondre dans l'immédiat à certaines interrogations sur la nature et les conséquences du problème d'audition et sur les recours éventuels. Il va de soi, dans ce contexte, que ces intervenants doivent avoir reçu une formation minimale aux techniques d'entrevue.

Mentionnons enfin que les rappels écrits et téléphoniques suite à la rencontre à domicile agissent comme de simples facteurs de renforcement. Comme dans toute démarche de motivation à adopter un nouveau comportement, ce sont des aides appropriées.

## 5.2 L'importance d'une intervention de groupe et de son animation

Le premier objectif spécifique du programme de réadaptation était d'offrir un soutien psycho-social au travailleur et à sa conjointe afin de les aider à composer avec les conséquences de la surdité. Ce soutien a été offert au moyen de mises en commun (a) entre travailleurs malentendants, (b) entre conjointes et (c) entre couples. C'est ainsi que la moitié du temps total des rencontres a été consacré aux échanges entre participants favorisant l'expression des idées et des émotions concernant leurs difficultés et concernant les informations qui leur étaient transmises pour aider à les solutionner. Lors de l'évaluation à la fin de chacune des sessions ainsi qu'à la rencontre de retour trois mois plus tard, les participants ont été invités à donner leur avis sur cette modalité par comparaison à des rencontres individuelles ou de couple. Dans les 6 groupes, il y a eu unanimité dans les réponses, tant sur le choix de cette modalité en tant que tel que sur les raisons qui l'ont motivé, à savoir le besoin de soutien. Les participants étaient d'accord pour dire, d'une part, combien le fait de réaliser que l'on n'est pas seul à vivre ce problème aide à l'accepter et, d'autre part, combien l'échange en groupe facilite l'expression de ses difficultés et ce, tant pour les travailleurs que pour leur conjointe.

Citons quelques réponses éloquentes des participants à ces deux questions:
on se sent moins seul:

*"C'est réconfortant de savoir qu'il y en a d'autres."*
*"On se sent moins seul, moins à part des autres."*
*"Ca montre qu'il n'y a pas que nous qui perdons patience."* (exprimé par une conjointe)
*" On se donne du support."*
*"Ca nous aide à prendre notre mal en patience."*

c'est facilitant:

*"Si je suis avec d'autres, je suis moins gêné; tout seul, on dirait que j'en dirais moins."*
*"Ca nous aide à s'afficher plus."*
*"Ici, c'est comme une petite société; c'est plus facile de parler de nous autres."*
*"Je suis jasante ici; mais si on avait été seuls avec vous, je n'aurais rien dit."*
*"Mon mari ne serait pas venu si on n'avait été que tous les deux."*

Ces expressions démontrent bien l'importance de donner la parole aux travailleurs et à leur conjointe qui n'avaient pas eu, jusque là, l'occasion d'exprimer leurs difficultés. En offrant un lieu de mise en commun, on aide à reconnaître et à accepter le problème d'audition, à le comprendre et à y trouver des solutions.

Cette modalité d'intervention exige toutefois, de la part des professionnels impliqués, de maîtriser les techniques d'animation de groupe. En effet, dans l'expérience menée auprès des 6 groupes de réadaptation, nous avons fait face à une grande diversité de situations exigeantes:
- des expressions d'émotions intenses telles que la colère, la peine, la dépression, la frustration;
- des manifestations de tension ou de conflits ouverts dans certains couples;
- des réactions de résistance passive de la part de tout un groupe;
- des réponses très animées de la part du groupe conduisant à un certain désordre;
- le retrait silencieux d'un participant ou encore les tentatives répétées d'un autre pour contrôler systématiquement les échanges;
- des digressions répétées lors d'activités plus exigeantes au plan émotionnel.

Il faut donc savoir composer avec toutes ces situations tout en poursuivant les objectifs du programme et en respectant la diversité des réponses des gens qui participent.

Cela exige de connaître la dynamique de ce type de groupes et les fonctions d'animation dans un groupe de discussion ainsi que de maîtriser les habiletés qui permettent d'exercer ces fonctions [21] soient: (a) de clarifier ce qui se dit, en reformulant de telle sorte que l'on s'assure que tous ont compris, en établissant des liens entre les interventions, en invitant à préciser une pensée, en faisant le point; (b) de stimuler la discussion dans le groupe en questionnnant, en suscitant la participation, en relevant les idées, en les confrontant; (c) de contrôler le groupe en proposant des procédures, en favorisant la participation de chacun, en maintenant les discussions à l'intérieur du cadre proposé, en sachant composer avec les digressions; (d) de maintenir un climat favorable en étant à l'écoute des sentiments des participants, en communiquant un intérêt égal à tous, en commentant sur le déroulement et en reflétant le climat du groupe, ainsi qu'en composant, au besoin, avec les conflits .

Les groupes de réadaptation réalisés dans le cadre du présent projet ont été co-animés par les auteurs de cette étude, lesquels bénéficiaient d'une vaste expérience d'animation. Dans ce contexte précis, la co-animation a certainement facilité la tâche compte tenu de la diversité et la complexité des problèmes soulevés. Elle a en outre permis un certain processus d'identification pour les femmes, d'une part, et les hommes, d'autres part, lequel était lui-même facilitant dans un certain nombre d'échanges chargés émotivement.

Il nous est donc apparu que les habiletés d'animation étaient une condition essentielle à l'atteinte des objectifs du programme de réadaptation tel qu'il a été conçu. Cette condition est

discutée à nouveau au chapitre 6 concernant l'essai d'application du programme par d'autres intervenants.

## 5.3 La participation des conjointes

Les problèmes d'audition affectent la communication et, par conséquent, les relations avec l'entourage de la personne malentendante. Les proches doivent, en particulier, consentir un certain nombre d'accommodements à la personne déficiente auditive. Ces accommodements sont souvent peu satisfaisants et impliquent des compromis parfois très coûteux en particulier pour les conjointes des travailleurs victimes de surdité. Les conjointes sont souvent les premières à identifier le problème de d'audition chez leur mari. Mais qu'elles l'identifient ou pas, elles en portent les conséquences quotidiennes sans en comprendre les différentes manifestations, principalement celles qui sont associées à la perte de sélectivité fréquentielle (voir: parag. 1.1.2). De devoir tolérer l'écoute de la télévision à volume élevé, de devoir répéter très souvent ce qu'elles disent quand elles parlent à leur mari, de toujours répondre au téléphone, etc., ce sont autant d'irritants quotidiens qui, dans certains cas, se traduisent par de la colère à l'endroit du travailleur malentendant. Dans ces conditions, leur participation au programme contribuait à répondre à des besoins qui leur étaient propres: comprendre ce qui leur arrive, exprimer leur irritation, connaître les moyens qui peuvent éviter les tensions et les incompréhensions résultant de la surdité. C'est pourquoi le programme a été conçu en tenant compte de ces besoins mais aussi en considérant que le changement dans l'interaction conjugale affectée par la surdité passait par une participation des deux membres du couple. C'est d'ailleurs le résultat que nous avons pu observer, à savoir que, dans une très grande majorité de cas, la participation au programme a conduit à une plus grande compréhension et à une plus grande tolérance mutuelles.

De manière plus spécifique, lors des deux évaluations, nous avons posé la question suivante: "qu'est ce que cela a changé que les femmes soient présentes?". Les réponses dans les différents groupes ont été très convergentes autour de deux grands thèmes: la présence des conjointes a (1) influencé la nature des échanges et (2) aidé à la compréhension des problèmes d'audition.

En effet, dans chacun des groupes, les travailleurs ont fait remarquer que leur attitude était différente en présence des femmes et que cela avait influencé la nature des échanges:

*"Au travail, on parle pas de nos problèmes; quand les femmes sont là, c'est pas pareil."*

*"Quand les femmes sont là, on déboutonne plus; on n'aurait jamais parlé de nos problèmes si c'était juste des hommes."*

*"Ca discute plus quand les femmes sont là; elles peuvent aussi dire leur façon de penser."*

Un travailleur a même ajouté:

*"on parle d'une façon plus intelligente quand les femmes sont là."*

Il semble bien que dans les milieux industriels masculins, il y ait peu d'échanges entre collègues concernant les difficultés personnelles comme si cela exigeait de révéler des signes inacceptables de faiblesse. Ces travailleurs vivent pourtant des émotions très intenses par rapport à leur surdité (voir: chapitre 7) et la présence des femmes dans le groupe leur a permis de les exprimer pour la première fois. Il en a résulté chez plusieurs un sentiment de soulagement et de mieux-être, expliquant leur grande satisfaction à l'égard de leur participation au programme, alors même qu'ils avaient, au départ, affirmé ne pas vraiment avoir de problèmes et venir aux rencontres seulement pour faire plaisir à leur conjointe.

Par le fait même, la présence des femmes a aidé à la compréhension du problème tant pour les hommes que pour elles-mêmes. Etant davantage portées à aborder les désavantages associés à la surdité, les conjointes ont contribué à ce qu'ils soient examinés ouvertement de manière personnelle et à ce que des moyens soient explicitement identifiés pour les prévenir. Pour la très

grande majorité des couples participants, la rencontre constituait la première occasion de discuter explicitement du problème d'audition et de ses conséquences. Les travailleurs se sentaient pour la première fois compris par leur conjointe dans leurs difficultés; leur réponse à notre question sur la participation des conjointes réflétait nettement cela comme l'illustre l'expression suivante: "*c'est que ma femme puisse enfin comprendre ce que je ressens.*" Cette compréhension de la part de la conjointe a toutefois été considérée par quelques travailleurs comme une façon d'attendre que leur conjointe porte en silence les coûts des différents accommodements: "*La femme est au courant; elle s'adaptera plus et sera plus tolérante.*" Mais, d'une manière générale, cette compréhension a plutôt encouragé la conjointe à inciter le travailleur malentendant à abandonner son attitude passive face à ses difficultés d'audition et à se mobiliser pour utiliser des moyens d'aide. Ayant dans plusieurs cas été l'initiatrice de la décision à participer au programme, les conjointes sont également devenues instigatrices de changement après les rencontres. Leur présence a donc joué un rôle capital dans l'amorce d'un processus de recherche de solution aux problèmes d'audition.

## 5.4 L'organisation temporelle des interventions

On se rappelle que deux formules d'intervention, l'une, intensive, l'autre, hebdomadaire, ont été éprouvées dans le cadre de la réalisation de la présente étude (parag. 3.4). Par ailleurs, dans les deux cas, une relance était échelonnée sur une période de trois mois après la fin de session. Ces éléments de l'organisation temporelle du programme méritent d'être examinés à la lumière des connaissances disponibles sur les changements de comportements. On sait que la solution aux problèmes d'audition éprouvés par les travailleurs visés par le présent programme passe, en effet, par des changements de comportements, qu'il sagissse d'apprendre à utiliser des aides technologiques ou de nouvelles stratégies de communication ou encore à faire des demandes qui vont faciliter l'interaction.

Dans ce contexte, la formule de 4 rencontres étalées sur 5 semaines apparaît nettement plus favorable que la formule intensive pour susciter de comportements nouveaux. Bien qu'elle exige un engagement plus coûteux (une disponibilité pour 4 rencontres), elle permet aux gens d'assimiler l'information transmise en quantité plus limitée; elle permet au couple d'intégrer dans son quotidien les expériences vécues dans le groupe de rencontre; elle donne le temps d'essayer des comportements nouveaux et de faire part au groupe du résultat, d'en recevoir un feedback des autres participants ainsi que des renforcements de la part des animateurs. De plus, les gens plus prêts à adopter de tels changements deviennent des modèles pour les autres. C'est ce que nous avons pu observer notamment dans le cas d'un participant qui s'était procuré une prothèse auditive durant la période des rencontres; sa participation accrue et son témoignage a été reçu comme un encouragement à recourir à ce moyen d'aide. Pour d'autres, ce fut le fait de faire connaître sa déficience auditive à des membres de son entourage et de constater que cela facilitait alors la communication.

Bien que nous n'ayons pas d'indices quantitatifs pour juger du mérite d'une formule par rapport à une autre, il nous est apparu que la formule intensive était moins compatible avec les conditions de changement de comportements. Bien qu'associée à une intensité émotionnelle parfois plus grande, la rencontre peut très bien se terminer en classant l'expérience au rang des bons souvenirs sans qu'il y ait d'autres discussions dans le couple ou dans la famille et sans qu'il y ait essais de nouveaux comportements dans un contexte de vie quotidienne. De plus, cette formule présente certains désavantages opératoires. En effet, d'une part, la quantité d'information transmise est relativement importante pour un tel laps de temps; d'autre part, la majorité des participants ne sont pas habitués de demeurer assis durant de longues heures en prêtant une attention soutenue au déroulement des activités.

Les rencontres hebdomadaires sont donc plus compatibles avec des objectifs de changement de comportements et cette formule devrait être privilégiée dans la poursuite des interventions. Il faudra toutefois tenir compte d'autres contraintes de faisabilité dépendant de la période de l'année telles que l'approche de la fête de Noël ou les finales de hockey.

Dans cette même optique de changement de comportements, le suivi est apparu comme étant très important. Celui-ci a été planifié sur une période de trois mois, servant de rappel, de renforcement et, pour les gens qui en avaient besoin, de facteur de facilitation. La disponibilité de l'intervenant-e représente dans ce contexte une contribution essentielle; les gens savent qu'ils peuvent communiquer avec lui ou elle pour une information supplémentaire ou pour un support. La relance, échelonnée sur une période de trois mois après la fin de la session, doit être considérée comme partie intégrante du programme, en ce sens qu'elle poursuit la démarche entreprise avec les participants et qu'elle assure une suite au contrat que chacun a pris avec lui-même au terme de la session.

# 6. Essai d'application du programme par des intervenants-es de CLSC

## 6.1 Lieux et conditions de réalisation

Dans le but d'éprouver la faisabilité du programme de réadaptation que nous avons développé et de nous guider dans l'élaboration d'un programme de formation d'intervenants-es, ce programme a été appliqué à nouveau par les infirmières de 3 CLSC ayant déjà participé au projet, soit le CLSC de Longueuil-est et le CLSC de la Haute Yamaska à Granby selon la formule hebdomadaire et le CLSC d'East-Angus selon la formule intensive. Les infirmières avaient donc assisté au déroulement des sessions de réadaptation. Sous supervision indirecte, elles ont ainsi mené une session complète tandis que nous leur fournissions le matériel de support visuel pour la transmission d'information, le système d'amplification de groupe, les différentes aides technologiques pour fin de démonstration et d'essai, et la documentation imprimée remise aux participants. Pour faciliter leur tâche, il leur avait été suggéré de limiter la taille du groupe à 5 ou 6 travailleurs pour un total de 10 à 12 personnes participantes.

## 6.2 La préparation des intervenantes et leur supervision

Les sessions hebdomadaires de réadaptation ont été préparées et supervisées par 6 rencontres de 3 heures chacune. Une première rencontre servait à la discussion des objectifs de telles sessions, à leur organisation matérielle, au recrutement des travailleurs et de leur conjointe, à la planification des documents à colliger pour chaque participant. Elle permettait aussi de répondre à toute interrogation qu'elles se posaient concernant la tenue d'une session de réadaptation. Puisqu'elles avaient déjà fait l'expérience du recrutement lors d'une première session, la première rencontre permettait de situer à nouveau le cadre d'intervention et ses fondements.

Lors des 5 rencontres subséquentes, il s'agissait d'abord de planifier en détail la rencontre de groupe à venir en examinant chacune des activités, en termes d'objectifs, de déroulement, de l'utilisation du matériel de support visuel, de l'organisation temporelle, des difficultés à prévoir et des solutions éventuelles à adopter dans ces situations. Un document leur était remis décrivant les activités avec leur séquence et des questions aidant à diriger les échanges prévus.

Avant la première rencontre du groupe de réadaptation, en plus de l'information et d'une discussion sur le contenu et sur le déroulement des activités, un temps important a été consacré à l'apprentissage du montage du système d'amplification infra-rouge afin que les animatrices puissent l'installer avec aisance lors de leur session. Pour la rencontre sur les aides technologiques, un temps a été consacré à l'apprentissage de leur manipulation.

Les autres rencontres consistaient en un retour sur la rencontre de groupe précédente à l'aide de la grille suivante:
- globalement, quelles avaient été leurs impressions?
- pour chacune des activités, qu'avaient-elles trouvé facile et qu'avaient-elles trouvé difficile?
- s'était-il produit des imprévus?
- comment ont-elles composé avec ces imprévus?
- se sentaient-elles bien outillées au niveau du contenu ou de l'information à transmettre?
- se sentaient-elles bien outillées au niveau de l'animation?
- y-a-t-il eu des situations où elles se sont senties vraiment dépourvues?
- qu'ont-elles fait dans ces situations?

- de quelle formation auraient-elles besoin pour mener à bien une telle rencontre?

Il avait été suggéré aux infirmières d'écrire leurs commentaires et réactions, c'est-à-dire de tenir un journal de bord, en vue de la supervision. Nous tâchions alors de vérifier le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. La supervision se déroulait en ré-examinant chacune des activités de la rencontre de groupe. Leur analyse selon ces trois niveaux permettait de clarifier le déroulement de leurs interventions et de discuter d'attitudes alternatives qui auraient pu être adoptées dans le but de maximiser l'atteinte des objectifs du programme.

La préparation de la session intensive a été faite pendant une journée complète. De plus, il faut souligner que, dans ce cas, l'infirmière était accompagnée d'une travailleuse sociale employée au CLSC et que les deux avaient une certaine expérience dans l'animation de groupe. Le retour sur cette session a été fait par les intervenantes à la fin de la première journée et à la fin de la session.

## 6.3 Résultats des rencontres de supervision

Il est intéressant de noter que, comme pour les sessions que nous avons animées, les participants ne se sont pas absentés. Il s'agit d'un signe convaincant à l'effet que le programme, tel qu' appliqué par les infirmières, répondait à des besoins ressentis par les gens inscrits.

L'analyse des données recueillies lors des rencontres de supervision permet d'identifier des repères importants quant aux compétences à acquérir à l'égard de la trasmission des informations prévues au programme et de l'animation du groupe.

### 6.3.1 Compétences à acquérir à l'égard de la transmission des informations prévues au programme

Lors des rencontres de préparation et de supervision, le détail des informations à transmettre aux participants était présenté aux infirmières de sorte qu'au départ, elles ont chacune dit se sentir à l'aise avec le contenu des informations à donner. Cependant il est apparu que certaines de ces informations étaient moins bien maîtrisées rendant difficile la réalisation de l'activité prévue. Les activités qui ont posé de telles difficultés sont celles qui portaient sur l'affirmation de soi, la relaxation et l'explication et l'essai des aides technologiques. Ce type d'information était en fait relativement étranger à la pratique quotidienne des infirmières et, nous pourrions ajouter, de leur philosophie d'intervention. Leur manque de familiarité avec l'affirmation de soi et la relaxation ont fait qu'elles s'en sont tenues strictement aux informations reçues au préalable et qu'elles n'avaient pas, avec ces contenus, l'aisance qui permet de transmettre avec facilité une information. Quant à l'explication et à l'essai des aides technologiques, le manque de familiarité était surtout associé à leur manipulation; ceci n'a, par conséquent, pas été très aidant pour certains participants, le moyen apparaissant alors non pas facilitant mais plutôt complexe et difficile d'utilisation.

Même pour d'autres activités d'information pour lesquelles elles se sentaient plus confortables avec le type de connaissances, elles ont reconnu avoir été limitées ("*manquer de jus*") face aux questions. Ce fut le cas notamment pour l'information concernant les effets du bruit sur l'audition; en répondant aux interrogations des participants, il leur était difficile d'ajouter des données, de modifier les explications, en somme d'avoir cette souplesse significative des gens qui possèdent très bien une matière et qui peuvent l'adapter à l'auditoire. Certaines infirmières ont aussi noté un malaise dans l'utilisation des documents visuels d'appui; ceci reflétait en fait le manque d'aisance associé au manque d'expérience. Comme elles le disaient bien à la fin de leur session: "*maintenant, on serait prête à recommencer*".

D'une manière générale, les retours concernant l'information à transmettre ont montré l'importance de s'assurer que les intervenantes maîtrisent les contenus et leur rôle par rapport aux objectifs poursuivis dans chacune des activités, c'est-à-dire comment, et à quelles fins, l'information peut être utilisée par les participants. A cela devrait s'ajouter un rappel des règles d'une transmission efficace d'information.

Les intervenantes ont par ailleurs relevé l'importance d'inclure dans une formation future des repères quant au niveau du langage à utiliser, ainsi qu'aux difficultés soulevées par l'analphabétisme de participants éventuels en particulier en regard de l'utilisation de certains documents visuels.

### 6.3.2 Compétences à acquérir à l'égard de l'animation du groupe

Rappelons qu'un des principaux objectifs du programme de réadaptation est d'offrir un soutien psycho-social aux participants, ceci exigeant la mise en commun des difficultés vécues en tant que personne malentendante et en tant que conjoint ou personne proche partageant la vie quotidienne de celle-ci. Les activités du programme ont été structurées dans ce sens, incluant explicitement tout au long de la session des périodes prévues pour réagir aux informations présentées, aux idées des autres, ansi que pour exprimer ses idées et ses émotions. Pour mener à bien ces activités et atteindre les objectifs visés, cela demande de la part de l'intervenant des habiletés d'animation .

Or, malgré la discussion de ces exigences lors la préparation des rencontres de groupe, malgré la mise à la disposition des intervenantes d'un guide de questions pour faciliter les échanges, et bien qu'on avait tenté de prévoir diverses réactions des participants et les réponses appropriées à celles-ci, l'animation de ce type de session pose une certaine difficulté. Il s'agit moins de l'animation d'échange concernant les informations transmises que de l'animation des échanges sur l'expérience des problèmes d'audition; comme elles le disent, il s'agit de l'échange autour "*du vécu des gens et comment ils vivent leur surdité*". Ce type d'échange comporte énormément d'imprévus et l'on ne ne peut prévoir des réponses toutes faites. Cela fait appel à des habiletés d'écoute et de décodage tant des messages verbaux que non-verbaux permettant de comprendre la réaction des participants; cela fait aussi appel à des habiletés d'interaction permettant de répondre de façon appropriée. En somme, il s'agit des fonctions de clarification et de maintien d'un climat favorable. La fonction de stimulation, qui consiste à questionner, à susciter la participation et l'avancement de la discussion, a aussi posé des difficultés. Une des fonctions de l'animation qui a été plus facile à assumer pour les intervenantes a été celle du contrôle, soit l'établissement et le maintien des règles du déroulement des activités et des échanges.

Ces observations guideront la conception d'un programme de formation des intervenants-es pour la réalisation des groupes de réadaptation sur une vaste échelle.

## 6.4 Conclusion

La présente étude avait deux objectifs soit de développer un programme de réadaptation pour les travailleurs victimes de surdité professionnelle et pour leurs conjointes et d'en vérifier la faisabilité par des intervenants-es du réseau de la santé au travail. Ce deuxième objectif était lié à l'intention de rendre le programme éventuellement accessible à tous les travailleurs québécois atteints de surdité. D'après les données des chapitres 4 et 5, le premier objectif est effectivement atteint. Dans quelle mesure le second l'est-il? En d'autres termes, ce programme est-il applicable par d'autres intervenants et à quelles conditions?

L'expérience des infirmières de 3 CLSC ainsi que les commentaires des autres qui ont assisté aux sessions que nous avons nous-mêmes animées confirment que cela est tout à fait réalisable par les infirmiers-ères affectés à la santé du travail dans les CLSC. Toutefois, cela suppose qu'ils ou elles recoivent une formation qui tiendra compte des observations recueillies dans la présente étude, en particulier en ce qui concerne le processus des rencontres et l'animation du groupe. Toutes les intervenantes se sont montrées enthousiastes à recommencer l'expérience et très confiantes de mieux réussir.

# 7. Approfondissement de la connaissance du problème par le biais des interventions

Le programme d'intervention n'avait pas pour objectif explicite de contribuer à l'acquisition des connaissances sur le problème d'audition vécu par des travailleurs affectés de surdité professionnelle. Cependant, nous avons pu approfondir notre compréhension du problème grâce aux verbalisations des participant-e-s à travers les différentes mises en situation que comportait le programme d'intervention. Cet approfondissement porte principalement sur cinq dimensions du problème, soient (1) la conscience des difficultés auditives et de leur conséquences, (2) la nature de ces difficultés et ses conséquences, (3) la description de l'expérience d'une interaction sociale, telle que vécue par le travailleur et sa conjointe, (4) l'importance de l'image de soi et de la stigmatisation de la surdité et (5) les aspects socio-culturels du problème.

## 7.1 La conscience des difficultés auditives et de leurs conséquences

Nous savions à l'issue de nos travaux antérieurs qu'en général, les personnes atteintes de surdité professionnelle ne comprenaient pas bien en quoi leurs capacités auditives étaient altérées et comment ces altérations avaient progressivement entraîné des changements dans leur vie familiale, sociale et professionnelle. Les groupes de réadaptation nous ont permis de mieux saisir comment était vécue cette incompréhension principalement par l'intermédiaire de deux activités du début de la rencontre initiale, c'est-à-dire par le tour de table concernant le motif de participation aux rencontres et par le questionnement des travailleurs et de leur conjointe au sujet des principales difficultés vécues.

Tel que mentionné au chapitre 5, à la question "pourquoi avez-vous décidé de venir aux rencontres?",plusieurs travailleurs ont répondu qu'eux-mêmes n'avaient pas d'attentes et n'éprouvaient pas de problèmes; mais leurs conjointes en avaient et c'est pour cela qu'ils sont venus. Les autres ont mentionné le besoin de résoudre un problème, soit la nécessité de faire répéter souvent, soit l'écoute de la télévision insatisfaisante pour eux-mêmes ou le plus souvent pour leur entourage familial. La très grande majorité d'entre eux n'avaient d'ailleurs jamais parlé d'un problème d'audition avec leur conjointe avant de subir un examen audiométrique de dépistage. Cependant, au cours de la session, à travers les questionnements en groupe, les mises en situation, les retours sur les informations transmises, la très grande majorité des travailleurs reconnaissaient explicitement éprouver des difficultés nombreuses aux conséquences très coûteuses dans leur vie personnelle et sociale. Ce contraste constitue un premier indice à l'effet que, même si la perte d'audition est importante, les travailleurs atteints n'ont spontanément pas conscience d'un problème d'audition.

Ceci est corroboré par les réponses à la question "quelles sont les situations que vous trouvez difficiles à cause de votre problème d'audition?". En effet, pour un même travailleur, la réponse se limite généralement à l'identification d'une situation incapacitante (e.g. la communication au téléphone). Cette identification n'est pas spontanément accompagnée d'une expression des conséquences de la difficulté auditive (e.g. cela me prive de contact avec mes enfants). C'est seulement en sous-questionnant avec une certaine insistance que de tels désavantages sont exprimés. En fait, ce sont les conjointes qui ont formulé le plus souvent les difficultés éprouvées ainsi que leurs conséquences pour elles et pour leur mari et ce, avec beaucoup plus de détails concrets.

Un autre indice nous vient des réactions de plusieurs travailleurs lors de l'essai d'une aide technologique, que ce soit le système d'amplification de groupe, l'amplificateur portatif, ou

encore la prothèse auditive: "*tout ce que j'ai perdu à entendre moins bien, c'est pas croyable!*"; "*pour une fois que je peux suivre ce qui se dit sans faire d'effort*". En faisant l'expérience de l'élargissement subit de leur horizon sonore ou encore la facilité nouvelle avec laquelle ils peuvent alors écouter et converser, ils découvrent à quel point leur capacité auditive a été altérée sans qu'ils ne s'en soient rendus compte.

Tout se passe donc comme si les travailleurs atteints d'une perte d'audition dues au bruit n'avaient spontanément pas structuré verbalement comme expérience de surdité leur difficultés auditives et qu'ils n'en avaient qu'une conscience très diffuse. Les travailleurs ne font généralement pas le lien entre les différentes situations qui leur posent des difficultés auditives et ils attribuent le plus souvent celles-ci à d'autres facteurs. Les causes de cette non-conscience du problème sont nombreuses, allant du caractère insidieux de l'évolution de la maladie, au stigmate associé à la surdité en passant par l'ambiguité des incapacités auditives et par le manque d'information sur les manifestations d'une surdité partielle.[10] Les groupes de réadaptation nous ont permis de vérifier que les travailleurs, tout comme leur entourage, ne disposaient d'aucun cadre interprétatif de difficultés auditives liées en particulier à la présence de bruit de fond, principale source d'incapacités. Mais, c'est l'entourage qui, le plus souvent, se rend compte le premier des manifestations de la surdité et qui en fait part à l'intéressé sur un ton de reproche, quand ce n'est pas par des marques de discrédit (e.g. "*es-tu sourd?*"). Le travailleur se voit alors confronté non seulement à une remise en question de son rapport au monde sonore mais également à une remise en cause de son identité. Il se voit en fait imposer une indentité indésirable parce que socialement discréditée. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, qu'une grande réticence soit éprouvée à l'égard de la reconnaissance du problème d'audition.

Nous avons également pu vérifier la conséquence de cette situation sur l'adoption des accommodements spontanés aux effets des incapacités auditives: avant la participation au groupe de réadaptation, la majorité des travailleurs n'avaient pas cherché explicitement de solutions aux difficultés causées par leur perte d'audition.

## 7.2 Le répertoire des difficultés auditives et de leurs conséquences

Tel que mentionné plus haut, en questionnant les participants et les participantes sur les difficultés auditives à l'ouverture de la session de réadaptation, nous avons pu recueillir des informations additionnelles à ce sujet. En fait, pour ce qui concerne les incapacités auditives (Tableau III) et les désavantages psycho-sociaux qui en résultent du point de vue du travailleur (Tableau IV), nous avons systématiquement confirmé les résultats d'une étude antérieure [9]. Le Tableau IV illustre bien l'ampleur des changements qu'entraîne la perte d'audition dans la vie de ces personnes: efforts constants en situation d'interaction, tensions dans les rapports familiaux, retrait des activités sociales et impression d'être perçu négativement à cause de sa surdité.

**Tableau III: Déficiences et incapacités auditives rapportées par les travailleurs et leur conjointe**

**Déficiences:**

- **acouphènes**

- **intolérance aux fonds sonores**

**Incapacités:**

- **problèmes d'écoute**

  - conscience de l'environnement: sonneries, bruits familiers, etc.
  - difficultés à comprendre la parole dans les grandes salles (à l'église, dans les assemblées)
  - l'écoute de la télévision: volume élevé
  - l'écoute de la radio: volume élevé

- **problèmes de communication**

  - en groupe
  - en présence d'un fond sonore
  - dans l'auto
  - au téléphone
  - en conditions défavorables de la part du locuteur

**Tableau IV. Catégorisation et illustration des désavantages vécus par les travailleurs atteints de surdité professionnelle**

**Efforts et fatigue**

- "en groupe, on cherche qui parle, c'est épuisant"
- "en auto, le voyage est long"
- "à l'église, il faut faire des efforts de concentration"
- "lire sur les lèvres, c'est un stress"

**Stress et anxiété**

- "j'ai pas de patience dans les veillées"
- "en groupe, on comprend rien"
- "les bruits de vaisselle, c'est intolérable avec la prothèse"
- "ça rend malin"

**Difficultés dans les relations familiales**

- "ça fait plus de chicanes, plus de chialage"
- "on se chicane à cause de la télévision trop forte"
- "on devient impatient, surtout avec les enfants"

**Isolement**

- "dans les veillées, on veille tout seul"
- "on se retire, tu recules toujours"
- "on a moins le goût de sortir"
- "ça éloigne les gens"
- "on s'isole plus"

**Image négative de soi**

- "j'ai l'air fou"
- "c'est gênant de faire répéter"
- "quand on est seul, au moins, on dérange pas"

**Tableau V. Répertoire des désavantages vécus par les conjointes**

**Efforts / irritation** (expressions sur un ton de colère)

- devoir répéter très souvent
- devoir agir comme interprète pour son conjoint auprès de l'entourage social
- tolérer la télévision trop forte
- restreindre les activités des enfants
- devoir toujours répondre au téléphone

**Stress et anxiété**

- ne plus pouvoir compter sur l'autre en situation de danger
- expériences traumatisantes causées de l'impossibilité de communiquer

**Image négative de soi, en tant que conjointe**

- gênée en public à cause de la voix forte de son mari
- retombée sur elle-même du discrédit de son conjoint

**Restriction de la vie sociale du couple**

- être isolé comme couple dans les veillées
- quitter toujours très tôt les groupes lors des sorties
- se priver de sorties

**Impact négatif de la surdité sur la vie familiale**

| | |
|---|---|
| - la surdité bloque la communication | "c'est frustrant, j'ai l'impression de parler à un mur" |
| - la surdité limite le compagnonnage | "Y'a pas de conversation" |
| - la surdité crée des tensions dans le couple | "On se fâche; ça fait des tensions" |
| - la surdité limite la communication intime | "On ne peut pas se parler dans l'intimité" |
| - la surdité cause des malaises chez les enfants | "Mon mari se sent isolé dans la famille par les enfants" |

**Tristesse**

- peine, déception face à l'isolement dans le couple

Les données complètement nouvelles que nous avons pu recueillir concernent les désavantages vécus par les conjointes. Contrairement aux entrevues de couple faites précédemment où l'analyse du problème était gouvernée par la position du travailleur, la parole a été rigoureusement donnée aux conjointes lors des groupes de réadaptation. Le fait d'entendre une autre conjointe relater des difficultés analogues a encouragé plusieurs participantes à exprimer leur vécu en rapport avec la surdité de leur époux. Les désavantages ainsi répertoriés (Tableau V) comportent plusieurs dimensions, dont la plus vivement ressentie réfère au coût des nombreux accommodements consentis tacitement au travailleur à cause de sa surdité (voir "Efforts/irritation", Tableau V). En fait, la majorité des conjointes exprimaient pour la toute première fois le coût que représentaient pour elles les différentes adaptations quotidiennes à un problème qui n'avait jamais été nommé explicitement. Cette expression comportait beaucoup d'irritation voire de la colère dans de nombreux cas. Parmi les autres désavantages rapportés, les changements dans la vie familiale résultant des incapacités auditives du travailleur sont apparus comme étant ressentis très fortement par la plupart des participantes. La communication dans le couple et dans la famille est généralement perçue très clairement comme étant limitée par les difficultés auditives du travailleur et dans certains cas, elle en apparait profondément modifiée. La conjointe rapporte alors des sentiments de tristesse accompagnés d'impuissance face à l'isolement dans le couple. Cette information confirme bien l'ampleur du problème dans la vie intime des personnes aux prises avec les difficultés auditives dues au bruit du milieu de travail.

## 7.3 La description de l'expérience d'une interaction sociale, telle que vécue par le travailleur et sa conjointe

Le questionnement sur les principales difficultés éprouvées a permis de dresser un répertoire de telles situations. Toutefois, il s'agissait d'énoncés relativement globaux tels que "*dans les veillées, on veille tout seul...*" (Tableau IV) et un sous-questionnement ne permettait généralement pas de susciter auprès des travailleurs une description plus détaillée et concrète de l'expérience de la difficulté. Cependant, la mise en situation que comportait l'activité "Un souper d'anniversaire" a permis de comprendre beaucoup plus à fond l'expérience des difficultés de communication en groupe.

La mise en situation réunissait plusieurs sources de difficultés pour une personne malentendante: musique de fond, table allongée, éclairage tamisé, être assis loin de sa conjointe, etc. Pour la majorité des sources de difficultés, la solution passait par une demande à l'hôtesse ou à l'interlocuteur-rice. Les travailleurs identifiaient spontanément les différentes sources de difficultés décrites dans la situation. Ils accordaient presque tous beaucoup plus de poids au fait de ne pas être assis à côté de leur conjointe qu'aux autres contraintes, révélant clairement leur dépendance habituelle à l'égard de leur conjointe dans les rencontres à caractère social. En questionnant les travailleurs sans la présence de leur conjointe sur ce qu'ils auraient fait dans la situation décrite, trois types de réponses étaient données:

(1) la majorité des travailleurs exprimaient qu'ils adopteraient une attitude passive:

"*On se retire.*"
"*On se résigne à ne pas comprendre.*"
"*On prend notre trou.*"
"*Je suis tranquille dans une situation comme celle-là*";

(2) certains mentionnaient qu'ils demanderaient d'être assis à côté de leur conjointe ou qu'ils feraient en sorte que leur conjointe fassent une telle demande à l'hôtesse;

(3) un petit nombre d'entre eux disaient qu'ils essayeraient de compenser leur difficultés en lisant sur les lèvres et en tâchant de deviner le contenu de la conversation; toutefois, ils reconnaissaient que ces efforts étaient épuisants et qu'ils finiraient par abandonner la communication.

C'est d'ailleurs l'attitude passive que les conjointes attribuaient systématiquement à leur mari:

*"Mon mari ne dirait pas un mot."*
*"Il ne ferait pas de demandes."*
*"Il va l'endurer."*
*"Il ne ferait rien, il ne parlerait pas."*
*"Mon mari se renfermerait sur lui-même."*
*"Il reculerait, il se retirerait."*

Le questionnement des conjointes seules suscitait par ailleurs la description de la dépendance de leur mari dans de telles situations. Leur rôle d'interprète permettant au conjoint de garder un contact minimal avec le groupe apparaissait à quelques unes comme un sérieux inconvénient pour elles-mêmes. Le questionnement leur donnait également l'occasion d'ajouter des expressions des conséquences pour elles de l'attitude passive de leur époux dans les soirées:

*"Il dirait: "tu ne me rameneras pas là."*
*"Il dirait: "on s'en va-tu?"*
*"Pendant le souper, il aurait l'air bête, il ferait la baboune."*
*"Il sort pour me faire plaisir."*
*"On reste tout le temps consciente de son problème, on ne peut pas se détendre."*

A cette occasion, plusieurs abordaient également leur mécontement ou leur frustration dans leur vie de couple principalement à l'égard de l'attitude passive de leur mari concernant son problème d'audition:

*"même au lit, on se parle pas."*
*"je suis comme un meuble dans la maison."*
*"Il ne parle jamais de ses difficultés; même qu'au début de la rencontre d'aujourd'hui, il a nommé des difficultés que je ne savais même pas".*

Lorsque interrogés sur les motifs de cette attitude passive en situation de groupe, les hommes exprimaient que le fait de faire une demande pour leur faciliter la communication exigerait qu'ils révèlent leur problème d'audition aux personnes présentes et que cela n'était pas envisageable: leur image en serait trop ternie. Ils disaient le plus souvent *"c'est par peur"* ou *"par orgueil"* que l'on ne fait aucune demande. Quelques uns étaient plus explicites:

*"c'est dire qu'on a un handicap."*
*"c'est gênant."*
*"on serait blessé dans son orgueil."*
*"on aurait l'air vieux."*
*"on se détourne d'une personne qui a un handicap".*

Certains ajoutaient que le fait que la surdité ne soit pas visible rend la situation beaucoup plus difficile parce que l'entourage ne les croirait pas. D'autres ont mentionné que leur passivité venait aussi du fait que la solution la plus spontanée, c'est-à-dire de demander de répéter, conduisait rapidement à une impasse: faire répéter une même personne plus de deux fois consécutives est impossible.

Les conjointes étaient encore plus affirmatives que les travailleurs sur la cause de leur passivité à l'égard de leurs difficultés. Elles étaient unanimes pour affirmer que leur passivité résulte clairement de la peur de se voir diminué aux yeux des autres:

*"il ne veut pas paraître handicapé."*
*"il a peur de ce que le monde penserait de lui"*
*"il a peur d'être mis de côté"*
*"il ne serait pas un vrai homme"*
*"admettre qu'on a un problème d'audition, c'est montrer qu'on est plus vieux".*

En somme, le malaise résultant d'une image négative de soi comme personne sourde fait en sorte que les travailleurs ne parlent pas de leurs difficultés d'audition, pas même à leur conjointe. L'isolement dans le groupe, l'ennui tout au long d'une soirée, le malaise de ne pas participer à la conversation et de paraître peu sociable, sont des désavantages perçus comme étant moins pénibles que le fait de révéler sa surdité, c'est-à-dire d'endosser l'identité de personne sourde. Il en résulte une attitude passive à l'égard de la situation incapacitante et une dépendance à l'égard de la conjointe pour garder un contact minimal avec l'entourage. Comme l'a conclu un travailleur au terme de cette activité: "*on est chanceux d'avoir une femme...*"

## 7.4 L'importance de l'image de soi et de la stigmatisation de la surdité

L'analyse des désavantages vécus par les travailleurs atteints de pertes d'audition dues au bruit nous avait déjà conduit à considérer que l'image négative de soi se situait au coeur de l'expérience de la surdité.[9,10] Mais, cette conception du problème a considérablement été enrichie par l'analyse du discours des participants aux groupes de réadaptation, principalement par le biais de trois activités: la mise en situation décrite plus haut, l'expérimentation des aides technologiques et le jeu de rôle concernant l'affirmation de soi.

La mise en situation a clairement montré que les travailleurs préféraient presque toujours être à l'écart des conversations de groupe, faire semblant de comprendre la discussion, être perçus comme peu sociables, plutôt que de révéler leur surdité à l'entourage en faisant une demande qui faciliterait leur participation au groupe. Tel que mentionné plus haut, lorsque interrogés sur le pourquoi d'un tel choix, les réponses les plus fréquentes étaient "par peur" et "par orgueil". Il s'est avéré très difficile de susciter auprès des travailleurs des verbalisations plus articulées autour de ces réponses. Par contre, les conjointes ont systématiquement eu recours au même type d'explication: la peur de se voir "*diminué*" aux yeux des autres, d'être perçu comme étant "*vieux*", "*anormal*", "*handicapé*". Ces interprétations étaient généralement acceptées des travailleurs. De tels échanges donnaient d'ailleurs lieu au récit, par ces derniers, d'anecdotes montrant qu'ils avaient effectivement été discrédités sinon ridiculisés à cause des signes de surdité. Plusieurs expressions stigmatisantes ont été rapportées telles que:

"*T'es dur de la feuille, le père?*"
"*Y est sourd comme un pot, y comprend rien...*"
"*Es-tu sourd ou quoi?*"
"*On peut y crier n'importe quelle bêtise, y comprendra pas; y est sourd, le bonhomme.*"

Le plus souvent, ces anecdotes référaient à des interactions entre collègues de travail. L'un des participants a ainsi rapporté que son surnom au travail était "*Hein!*" parce qu'il faisait répéter souvent.

A l'issue du jeu de rôle les invitant à faire une demande susceptible de faciliter la communication malgré la surdité, la peur de la perception négative de la part de l'entourage a également été fréquemment invoquée par les travailleurs pour expliquer leur difficulté à reproduire ce qu'ils venaient d'expérimenter. Habituellement, ils concluaient qu'ils se voyaient faire des demandes en rapport avec leurs difficultés d'audition seulement auprès de proches ou d'amis et qu'ils préféraient le plus souvent éviter de divulguer leur surdité.

Pour cette même raison, les travailleurs ont montré une très forte réticence à utiliser des aides technologiques. Cette réticence s'est même manifestée face à d'autres membres du groupe. En effet, dans un des groupes, un travailleur a d'emblée affirmé qu'il n'était pas sourd et qu'en conséquence, il n'avait pas besoin des écouteurs du système d'amplification de groupe. Il a ainsi suscité un malaise chez tous les autres participants dont certains avaient déjà pu éprouver le

bénéfice du système d'écoute. Pour tous les groupes, l'utilisation d'aides technologiques signifiait d'abord révéler sa surdité à l'entourage. Plusieurs ne se voyaient pas capables de se procurer un amplificateur pour le téléphone malgré un avantage qui leur paraissait évident et un coût minime, parce que d'autres personnes pourraient ainsi découvrir qu'ils souffrent de surdité. Il en était de même à l'égard de l'écoute de la télévision à volume élevé, un problème rapporté comme étant pénible par une majorité de conjointes.

Il va sans dire que, si l'usage d'une aide à son domicile représente en soi une menace à son image, le port d'une prothèse auditive suscite encore plus de réticence. En effet, après la transmission d'information sur cet appareil et après son essai, nous demandions aux travailleurs s'ils se verraient porter une prothèse auditive. La réponse la plus fréquente était; "*quand on en aura vraiment besoin...*". A la question "pourquoi cette réticence?", la plupart répondaient de la façon suivante: "*on n'est pas prêt à montrer qu'on est sourd*".

## 7.5 Les aspects socio-culturels du problème

C'est avec beaucoup de réserve que nous avons recours à l'influence des valeurs associées à la culture des travailleurs industriels pour expliquer certaines dimensions des difficultés vécues et des accommodements spontanément adoptés, ne disposant de données comparables auprès de travailleuses au prise avec le même problème ou encore auprès d'autres groupes de malentendants porteurs de valeurs socio-culturelles différentes. Toutefois, il nous est apparu que ces aspects recèlaient une part significative de l'explication de la réaction des travailleurs à la surdité et à ses conséquences et ce, selon quatre dimensions: soient (a) la valeur accordée à la communication, (b) la manière de gérer les problèmes intimes ou personnels, (c) l'inhabileté à faire des demandes et (d) l'image stéréotypée de l'homme pourvoyeur.

### 7.5.1 La valeur accordée à la communication

La surdité professionnelle affecte la communication principalement dans la vie familiale et sociale (Tableau III) mais les travailleurs semblent lui accorder peu d'importance. La seule situation décrite comme explicitement désavantageuse par les participants référait, le cas échéant, à l'impossibilité d'un contact spontané et chaleureux avec leurs petits-enfants. Que la communication quotidienne avec leur conjointe et leurs enfants soit limitée et perturbée ne semblait pas mériter la recherche active de solutions, du moins d'après le discours des participants et de leur conjointe et d'après les observations que nous avons pu recueillir.

Reconnaissant que leur perte d'audition perturbait la communication dans le milieu familial en particulier, les travailleurs semblaient considérer comme allant de soi que les adaptations soient portées par leur conjointe: répéter, s'approcher, parler plus lentement, éviter d'adresser la parole à distance, d'une autre pièce ou en présence d'un bruit de fond, telles sont les solutions qui ont été retenues d'emblée. Tout se passe comme si la conversation était la responsabilité de la conjointe, le maintien de la communication lui incombant malgré la perte d'audition de leur mari.

Il est intéressant de relater dans quel contexte certains travailleurs ont révélé explicitement à des gens de l'entourage leur problème de surdité: il s'agit de situations mettant en cause des biens matériels et des avantages financiers et non pas des situations de contact intime ou amical. Par exemple, un participant a affirmé qu'il n'avait dit qu'à deux occasions seulement qu'il souffrait d'une surdité soit, en présence d'un notaire. En s'exprimant sur la réticence à utiliser une prothèse auditive, un autre participant a conclu qu'il porterait un tel appareil le jour où il serait dans l'impossibilité de traverser une voie de circulation automobile à cause de sa surdité; sa conjointe exprimait pourtant très explicitement sa frustration du manque de contact verbal

avec son conjoint dans leur vie quotidienne. Un autre exemple de l'influence probable de la faible valeur accordée à la communication nous est donné par quelques participants qui, au terme des rencontres, concluaient qu'ils seraient prêts à se procurer une prothèse auditive à la seule condition que la CSST en assume les frais. Ces personnes se sentaient, vraisemblablement à juste titre, lésées de devoir assumer les coûts d'un moyen de suppléance à une incapacité qui résulte de leur emploi. Mais, la perte de la qualité de contact avec leur entourage ne semblait pas suffisamment importante pour justifier une telle dépense à défaut de remboursement par la CSST. Ces mêmes personnes n'hésitaient cependant pas à investir des montants d'argent beaucoup plus importants pour des outils de bricolage ou pour un véhicule de loisir. Ainsi, au-delà de la difficulté à reconnaître le problème de surdité et à en porter le stigmate, la faible valeur accordée à la communication avec l'entourage semble bien contribuer à freiner la recherche de solutions optimales.

### 7.5.2 La manière de gérer les problèmes intimes ou personnels

Un autre aspect socio-culturel du problème apparaît lié à la façon dont les hommes en général traitent une difficulté personnelle. Comme plusieurs participants nous l'ont affirmé, les travailleurs ne parlent pratiquement pas entre eux de leur vie privée, voire de problèmes familiaux ou personnels. Ils semblent plutôt "souffrir en silence" de tels problèmes et semblent accorder peu d'attention à leurs conséquences. Tout se passe comme si l'image qu'ils projettent d'eux-mêmes gouvernait leur réponse aux difficultés personnelles alors que leur conjointe s'en préoccupe spontanément et en parle avec des amies afin des les conjurer. Il nous est apparu très fortement que les hommes éprouvaient leurs difficultés auditives dans une grande solitude tant en rapport avec leur milieu familial immédiat qu'avec leur entourage social au sens large.

Le fait que les hommes se sentent généralement démunis devant la nécessité de faire des demandes semble par ailleurs contribuer à cette solitude. Chez une forte proportion des participants, le jeu de rôle concernant l'affirmation de soi a été l'occasion d'une prise de conscience de ce manque d'habileté. Il semble que ce ne soit pas du tout spontané de formuler une demande pour obtenir réponse à ses besoins. Les travailleurs tendent plutôt à "prendre" qu'à demander; par exemple, la plupart s'approprient l'espace sonore de leur domicile en réglant le son de la télévision à leur convenance sans passer par une certaine négociation. Dans les situations de difficultés de communication, le recours à des demandes explicites d'adaptation à leur besoin ne semble pas même plausible.

### 7.5.3 L'image stéréotypée de l'homme pourvoyeur

Enfin, la préoccupation que représente pour les hommes en général l'image de puissance et d'efficacité semble bien influencer la réaction à la surdité. En effet, la peur d'être discrédité résulte explicitement de la menace d'être perçu comme étant "diminué"; toute défaillance dans l'image de puissance et d'efficacité semble une tare inacceptable. Dans le milieu industriel, le stigmate associé à la surdité emprunte à cette valeur. Dans une culture où l'homme assume un rôle de pourvoyeur, on n'est plus un "vrai homme" si l'on montre des signes de baisses de capacités et de vieillissement prématuré. En d'autres termes, la stigmatisation de la surdité, par le biais des blagues entre collègues de travail, passe par le langage de la marque d'une faiblesse et est ainsi d'autant plus puissante qu'elle emprunte à des valeurs endossées par les travailleurs atteints de surdité.

## 7.6 Synthèse de l'approfondissement de la connaissance du problème par le biais des interventions

De l'analyse qui précède, on peut dégager, en résumé, que la surdité professionnelle constitue un problème extrêmement insidieux, dont les victimes ne sont pas conscientes malgré les changements importants qu'il provoque dans la vie personnelle, familiale et sociale. L'adaptation spontanée de la part du travailleur s'exprime essentiellement par la passivité, l'isolement et le retrait, ainsi que par une dépendance à l'égard de sa conjointe dans les rapports avec l'entourage. Le stigmate associé à la surdité constitue par ailleurs la source majeure de désavantage psycho-social et le frein le plus puissant au recours à des moyens efficaces de réinsertion sociale.

# 8. Conclusions

Le but de l'étude était de développer un programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de surdité professionnelle et leur conjointe. Compte tenu du fait que ces personnes ne font spontanément de démarches pour diminuer les conséquences de leur surdité, il s'agissait de réunir les conditions permettant une amorce de recherche de solutions aux problèmes d'audition.

La première étape du développement d'un tel programme consistait en l'élaboration d'un modèle d'intervention fondé sur une analyse détaillée des facteurs précurseurs de problèmes d'audition chez les personnes atteintes de surdité professionnelle. L'analyse, présentée au chapitre 2, a permis d'identifier 8 facteurs précurseurs primaires, parmi lesquels l'incompréhension de la nature du problème et la réticence à le reconnaître se sont avérés particulièrement importants. Les données recueillies dans le contexte de la réalisation de l'étude ont d'ailleurs confirmé leur importance (chapitre 7) et ce, auprès de travailleurs de 6 secteurs différents d'activité industrielle provenant de 6 régions du Québec. La passivité qui caractérise leur réaction aux conséquences de la surdité de même que l'importance des adaptations que leur surdité exige dans le milieu familial ont clairement confirmé la problématique définie au point de départ de cette étude de même que la nécessité de recourir à un modèle d'intervention qui tienne compte non seulement de la personne malentendante mais aussi de son entourage.

Une fois défini le cadre d'intervention en fonction d'objectifs d'information, de soutien psycho-social et d'apprentissage de nouvelles habiletés de communication, il restait à résoudre le problème de la faisabilité des interventions elles-mêmes connaissant les obstacles à la participation à un tel programme d'aide. Trois mesures ont été prises pour surmonter ces obstacles: (a) le recrutement a été réalisé par des intervenants du réseau des services de santé du travail en qui les travailleurs ont confiance; (b) n'ont été sollicités que les travailleurs les plus affectés par la perte d'audition; (c) l'invitation à participer à la session de réadaptation était adressée non seulement au travailleur mais aussi à sa conjointe, elle-même affectée par les conséquences de la surdité de celui-ci. De cette façon, nous avons obtenu un taux d'adhésion de près de 90 %.

Globalement, le programme a eu les effets escomptés en ce sens que la très grande majorité des participants sont devenus nettement plus actifs dans la recherche de solutions aux différents problèmes que leur cause la surdité. Nous avons pu observer en particulier que les travailleurs avaient une compréhension et une conscience beaucoup plus grande de l'impact de la surdité dans leur vie quotidienne tout en se sentant davantage en mesure de composer avec celui-ci. Plusieurs ont entrepris de faire connaître leur déficience à des membres de leur entourage de manière à faciliter la communication. Les conjointes ont également bénéficié d'une meilleure compréhension de la nature du problème et, globalement, les difficultés de communication dans le couple ont diminué à la suite de la participation aux rencontres. Leur participation aux rencontres a par ailleurs eu un impact important sur la nature des échanges et sur le processus de conscientisation des travailleurs aux conséquences de la surdité et aux solutions disponibles. Certains ont adopté l'usage d'aides technologiques comme moyen de suppléance à leur déficience. Toutefois, la peur du stigmate de la surdité continue d'agir comme un frein au recours à ces aides et, en particulier, à la prothèse auditive.

Après avoir été mis au point et appliqué par les auteurs de la présente étude, le programme de réadaptation a été appliqué par des infirmières de l'équipe de santé du travail de trois CLSC. Il s'avère effectivement applicable en tenant compte de la multiplication des intervenants, à la condition toutefois d'assurer une formation qui permette d'en maîtriser le contenu et les modalités d'application, principalement l'animation de groupe.

L'expérience réalisée dans le cadre de la présente étude a rejoint moins d'une centaine de travailleurs affectés de surdité de même que leur conjointe. Ces gens se sont sentis privilégiés de pouvoir sortir ainsi de leur isolement. Quelques uns en ont parlé à des collègues, des parents, des amis, élargissant ainsi le cercle des personnes qui connaissent l'existence du problème de la surdité professionnelle. Mais, le silence et l'isolement qui l'accompagnent seront brisés seulement quand des centaines d'interventions semblables auront été réalisées. Il sera alors acceptable d'utiliser des aides technologiques pour améliorer ses capacités d'écoute; on sera alors moins intolérant à l'endroit des personnes qui sollicitent des accommodements; l'aménagement acoustique des lieux de rencontres sera alors considéré comme un besoin pour une tranche importante de la population.

Toutefois, tel que prévu dans notre modèle d'intervention, il faudra entreprendre une sensibilisation systématique des milieux de travail bruyants, là où les personnes affectées de surdité sont le plus fortement discréditées. Mais, une telle entreprise doit être inscrite dans un cadre d'intervention approprié qui tiendra compte des contraintes spécifiques de ces milieux.

## Références bibliographiques


[1] Fréchet, L. Travailler, c'est trop dur. **Santé et Société**, 1988, 10(1): 40-42.

[2] Hétu, R., Boudreault, V., Fortier, P., Lemoine, O. Phaneuf, R. Protocole d'enquête audiométrique en usine bruyante. **Cahiers de notes documentaires - INRS**, 1987, 128: 407-415.

[3] Eldred, K. Demographics of noise pollution with respect to potential hearing loss. In Henderson, D. et al. (Eds.) **Effects of Noise on Hearing**. New York: Raven Press, 1976, pp. 21-40.

[4] Kryter, K. D. **The Effects of Noise on Man**. New York: Academic Press, 2nd ed., 1985.

[5] Noble, W. **Assessment of Impaired Hearing**. New York: Academic Press, 1978.

[6] Stephens, S.D.G. Auditory rehabilitation. **British Medical Bulletin**, 1987, 43: 999-1026.

[7] Hétu, R, Lalonde, M. Getty, L. Psychosocial disadvantages associated with occupational hearing loss as experienced in the family. **Audiology**, 1987, 26: 141-152.

[8] Lalande, N., Lambert, J., Riverin, L. Quantification of the psychosocial disadvantages experienced by workers in a noisy industry and their neares relative: perspectives for rehabilitation. **Audiology**, 1988 , 196-206.

[9] Hétu, R., Riverin, L., Lalande, N., Getty, L., St-Cyr, C. Qualitative analysis of the handicap associated with occupational hearing loss. **British Journal of Audiology**, 1988, 22: 251-264.

[10] Hétu, R., Riverin, Getty, L., Lalande, N., St-Cyr, C. The reluctance to acknowledge hearing difficulties among hearing-impaired workers. **British Journal of Audiology**, 1990, 24: (in press).

[11] Rollin, W. J. **The Psychology of Communication Disorders in Individuals and their Families**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1987.

[12] Hétu, R. La surdité professionnelle: un handicap sensoriel trop discret. **Santé mentale au Québec**, 1981, 6: 155-163.

[13] Blum, H.L. **Planning for Health: Generics for the Eighties**.New York: Human Science Press, 2nd ed.,1981.

[14] Davis, A.C. The prevalence of hearing impairment and reported hearing disability among adults in Great Britain. **International Journal of Epidemiology**, 1989, 18(4): 911-917.

[15] Hétu, R. La surdité professionnelle: une forme très insidieuse de vieillissement prématuré causé par le travail. **Colloque internationale sur le vieillissement au travail**, (Montréal, avril 1989), sous presse.

[16] Rogers, E. M. **Diffusion of Innovations**. New York: The Free Press, 3rd ed., 1983.

[17] Greene, W., Simons-Morton, B. **Introduction to Health Education**. New York: MacMillan Publishing co., 1984.

[18] **Environmental Quality**: The Tenth Annual Report of the U.S. Council on Environmental Quality. Washington, D.C.: The Superintendent of Documents, U.S. Governement Printing Office, 1979, ch. 9.

[19] Rochon, A. **L'éducation pour la santé**. Montréal: Agence d'Arc, 1988.

[20] Champagne, F. Contandriopoulos, A.P., Pineault, R. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. **Revue d'épidémiologie et de santé publique**, 1985, 33: 173-181.

[21] Landry, S. L'animation d'un groupe de tâche, In: **Dossier sur l'enseignement: systèmes, méthodes, techniques**. Montréal: Service pédagogique de l'Université de Montréal,1977.

## Appendice 1

Questionnaire de désavantages psycho-sociaux

associés à la surdité professionnelle

**QUESTIONNAIRE SUR**

**L'AUDITION ET LA COMMUNICATION**

Groupe d'acoustique de l'Université de Montréal, version 3 ,1988

## IDENTIFICATION

N'inscrivez rien dans cet espace

Nom et prénom: _____ ⌊⌋ ⌊⌋ 2

Date de naissance: _____ Age: _____ ⌊⌋ ⌊⌋ 4
jour mois année

Sexe: féminin _____ masculin _____ ⌊⌋ 5

Date à laquelle vous répondez au questionnaire: _____
jour mois année ⌊⌋ ⌊⌋ ⌊⌋ ⌊⌋ 9

- **Répondez au questionnaire avec votre conjoint ou une personne que vous connaissez bien.**
- Avant de répondre, prenez le temps de lire toute la question et tous les choix de réponse. Puis, **encerclez un seul chiffre, soit celui qui correspond à votre réponse.**
- Pour les personnes qui portent une prothèse auditive ou qui utilise par exemple un amplificateur pour le téléphone, **répondez aux questions en fonction des situations où vous utilisez cet appareil.**

N'inscrivez rien dans cet espace

1. D'après vous et d'après les commentaires faits par votre famille et les gens autour de vous, pensez-vous avoir un problème d'audition?

| | | |
|---|---|---|
| - Important | 5 | |
| - Assez important | 4 | |
| - Modéré | 3 | |
| - Léger | 2 | |
| - Non | 1 | ⌊_⌋10 |

2. Avez-vous des bourdonnements ou des silements d'oreilles qui vous dérangent?

| | | |
|---|---|---|
| - Enormément | 5 | |
| - Beaucoup | 4 | |
| - Passablement | 3 | |
| - Un peu | 2 | |
| - Pas du tout | 1 | ⌊_⌋11 |

3. **Présentement,** l'état de votre audition vous inquiète-t-il?

| | | |
|---|---|---|
| - Pas du tout | 1 | |
| - Un peu | 2 | |
| - Passablement | 3 | |
| - Beaucoup | 4 | |
| - Enormément | 5 | ⌊_⌋12 |

N'inscrivez rien dans cet espace

4. **Présentement,** l'état de votre audition influence-t-il votre caractère?

- Enormément 5
- Beaucoup 4
- Passablement 3
- Un peu 2
- Pas du tout 1 ⌊⌋ 13

5. Diriez-vous que vous êtes plus stressé-e et fatigué-e à cause de l'état de votre audition?

- Pas du tout 1
- Un peu 2
- Passablement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5 ⌊⌋ 14

6. **Présentement,** diriez-vous que vous avez moins confiance en vous à cause de l'état de votre audition?

- Enormément 5
- Beaucoup 4
- Passablement 3
- Un peu 2
- Pas du tout 1 ⌊⌋ 15

N'inscrivez rien dans cet espace

7. L'état de votre audition vous a-t-il obligé à changer des activités de loisir que vous aimiez faire comme aller au cinéma, à la chasse ou écouter de la musique?

- Pas du tout 1
- Un peu 2
- Passablement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5 ⌊⌋16

8. Avez-vous diminué vos sorties à cause de l'état de votre audition?

- Enormément 5
- Beaucoup 4
- Passablement 3
- Un peu 2
- Pas du tout 1 ⌊⌋17

9. Avez-vous le goût d'être seul-e à cause de l'état de votre audition?

- Presque toujours 5
- Très souvent 4
- Souvent 3
- Occasionnellement 2
- Jamais 1 ⌊⌋18

N'inscrivez rien dans cet espace

10. **Dans un groupe**, vous arrive-t-il de vous sentir mis de côté à cause de l'état de votre audition?

- Presque toujours 5
- Très souvent 4
- Souvent 3
- Occasionnellement 2
- Jamais 1 ⌊⌋19

11. Les raisons pour lesquelles les gens croient que certaines personnes sont handicapées sont nombreuses.
**Selon vous,** avez-vous l'impression d'être une personne handicapée à cause de l'état de votre audition?

- Enormément 5
- Beaucoup 4
- Passablement 3
- Un peu 2
- Pas du tout 1 ⌊⌋ 20

12. **A la maison,** évitez-vous d'utiliser le téléphone parce que vous ne comprenez pas bien ce qu'on vous dit?

- Presque toujours 5
- Très souvent 4
- Souvent 3
- Occasionnellement 2
- Jamais 1 ⌊⌋ 21

N'inscrivez rien dans cet espace

13. **A la maison,** les gens vous reprochent-ils de ne pas entendre la sonnerie de la porte ou du téléphone?

- Jamais 1
- Occasionnellement 2
- Souvent 3
- Très souvent 4
- Presque toujours 5 ⌊⌋ 22

**SI VOUS VIVEZ LE PLUS SOUVENT SEUL-E A LA MAISON, PASSEZ A LA QUESTION 20**

14. **A la maison,** quand vous faites répéter, est-ce que cela vous impatiente ou vous agace?

- Pas du tout 1
- Un peu 2
- Passablement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5 ⌊⌋ 23

15. **A la maison,** quand vous faites répéter les gens, pensez-vous que cela les agace ou les dérange?

- Pas du tout 1
- Un peu 2
- Passablement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5 ⌊⌋ 24

N'inscrivez rien dans cet espace

16. **A la maison,** les gens vous disent-ils que l'on ne peut pas compter sur vous pour prendre des messages téléphoniques parce que vous faites des erreurs en les prenant?

- Jamais 1
- Occasionnellement 2
- Souvent 3
- Très souvent 4
- Presque toujours 5 ⌊⌋ 25

17. **A la maison,** quand vous écoutez la télévision ou la radio à un niveau confortable pour vous, est-ce que cela dérange ou agace les gens?

- Presque toujours 5
- Très souvent 4
- Souvent 3
- Occasionnellement 2
- Jamais 1
- J'écoute peu la télévision ou la radio avec les autres 0 ⌊⌋ 26

18. Votre conjoint ou l'adulte qui vit avec vous comprend-il ce que c'est que d'entendre moins bien?

- Pas du tout 5
- Un peu 4
- Assez bien 3
- Bien 2
- Très bien 1
- A la maison, nous entendons tous très bien 0 ⌊⌋ 27

N'inscrivez rien dans cet espace

19. Pensez-vous que l'état de votre audition affecte la relation avec votre conjoint ou une personne proche de vous?

- Enormément 5
- Beaucoup 4
- Passablement 3
- Un peu 2
- Pas du tout 1 ⌊⌋ 28

**SI VOUS TRAVAILLEZ ACTUELLEMENT, REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES. SINON, LAISSEZ FAIRE ET LISEZ L'ENCADRE DE LA DERNIERE PAGE**

20. **Au travail,** l'état de votre audition vous nuit-elle dans l'exécution de vos tâches?

- Presque toujours 5
- Très souvent 4
- Souvent 3
- Occasionnellement 2
- Jamais 1 ⌊⌋ 29

21. **Au travail,** l'état de votre audition vous dérange-t-il dans les moments de pause comme aux repas ou lors de la pause-café?

- Pas du tout 1
- Un peu 2
- Passablement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5 ⌊⌋ 30

N'inscrivez rien dans cet espace

22. **Au travail,** est-ce plus difficile d'avoir de l'avancement à cause de l'état de votre audition?

| | | |
|---|---|---|
| - Oui | 5 | |
| - Probablement | 4 | |
| - Je ne sais pas | 3 | |
| - Probablement pas | 2 | |
| - Non | 1 | ⌊⌋ 31 |

23. **Après le travail,** êtes-vous trop fatigué-e pour faire du bricolage ou pour sortir?

| | | |
|---|---|---|
| - Presque toujours | 5 | |
| - Très souvent | 4 | |
| - Souvent | 3 | |
| - Occasionnellement | 2 | |
| - Jamais | 1 | ⌊⌋ 32 |

24. **Après une journée de travail,** avez-vous l'impression d'entendre moins bien comparativement aux jours de congé?

| | | |
|---|---|---|
| - Jamais | 1 | |
| - Occasionnellement | 2 | |
| - Souvent | 3 | |
| - Très souvent | 4 | |
| - Presque toujours | 5 | ⌊⌋ 33 |

N'inscrivez rien dans cet espace

25. **Après le travail,** ressentez-vous le besoin de ne pas être dérangé-e pour un moment?

- Jamais 1
- Occasionnellement 2
- Souvent 3
- Très souvent 4
- Presque toujours 5 ⌊⌋ 34

26. **Après le travail,** les bruits habituels de la maison vous impatientent-ils?

- Presque toujours 5
- Très souvent 4
- Souvent 3
- Occasionnellement 2
- Jamais 1 ⌊⌋35

*VOUS VOULEZ SAVOIR VOTRE FACILITE A ENTENDRE ET A COMMUNIQUER!*

- ADDITIONNER TOUS LES CHIFFRES ENCERCLES. CELA VOUS DONNE UN SCORE TOTAL DE .

- SI VOTRE SCORE NE DEPASSE PAS 26, VOUS N'AVEZ AUCUN PROBLEME. **PLUS LE SCORE EST AU-DESSUS DE 27, PLUS CELA INDIQUE QUE VOUS VIVEZ DES DIFFICULTES DUS A L'ETAT DE VOTRE AUDITION.**

- SI VOUS ETES INTERESSE (E)S A TROUVER DES DES SOLUTIONS A VOTRE PROBLEME D'AUDITION, APPELEZ LE SERVICE D'AUDIOLOGIE D'UN CENTRE HOSPITALIER OU VOTRE C.L.S.C.